



AGAPLESION  
DIAKONIEKRANKENHAUS  
INGELHEIM

# QUALITÄTSBERICHT 2010

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V  
für das Berichtsjahr 2010

erstellt am 30.06.2011



## Inhaltsverzeichnis

	<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>A</b>	<b>Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses .....</b>	<b>9</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	9
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....	9
A-3	Standort(nummer) .....	9
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers.....	9
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses .....	10
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	10
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses .....	11
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	11
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses.....	14
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	17
A-12	Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V .....	18
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses .....	18
A-14	Personal des Krankenhauses.....	18
A-15	Apparative Ausstattung .....	19
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen..</b>	<b>22</b>
B-1	Allgemeine Chirurgie .....	22
B-2	Frauenheilkunde .....	31
B-3	Innere Medizin.....	37
B-4	Intensivmedizin .....	44
B-5	Urologie.....	50
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>55</b>
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren) .....	55
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V.....	79
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	79
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	79
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V .....	79
C-6	Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“) .....	79
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V..	80
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>81</b>
D-1	Qualitätspolitik.....	81
D-2	Qualitätsziele.....	82
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	83
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	86
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	90
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	91

## Einleitung

### Vorwort des Vorstandes der AGAPLESION gAG

Die AGAPLESION gemeinnützige Aktiengesellschaft wurde am 26. Juni 2002 gegründet. Sie bildet gemeinsam mit beteiligten Unternehmen einen christlichen Gesundheitskonzern mit mehr als 80 Unternehmen, darunter 22 Krankenhäuser und 32 Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Das Ziel der AGAPLESION gAG ist der Erhalt und die Stärkung von diakonischen und sozialen Einrichtungen in einer zunehmend angespannten Wirtschafts- und Wettbewerbssituation. Mit der Integration in die AGAPLESION gAG übernehmen die örtlichen Gesellschafter eine Mitverantwortung für den Gesundheitskonzern, bei gleichzeitigem Erhalt der Identität und Selbstständigkeit der einzelnen Einrichtungen.

AGAPLESION stellt ihren Einrichtungen Managementleistungen und zentrale Dienstleistungen, wie z. B. Personalverwaltung, Unternehmenskommunikation, Qualitätsmanagement (QM), Budgetmanagement, Zentraleinkauf und Informationstechnologie etc. zur Verfügung. Dadurch werden Synergieeffekte erzielt und die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen des Gesundheitskonzerns gesichert.

Die AGAPLESION Akademie in Heidelberg hält für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie externe Interessierte ein breites Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungen für medizinische, pflegerische und therapeutische Berufe sowie in Managementthemen vor. Zur wirksamen Ausübung der Aufgaben und zur Weiterentwicklung der persönlichen und fachlichen Kompetenz unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde ein auf die einzelnen Aufgabengebiete abgestimmtes Personalentwicklungskonzept entwickelt. Die standortübergreifenden Fort- und Weiterbildungen stärken die interdisziplinäre Zusammenarbeit und fördern die Vernetzung der Einrichtungen.

Das nach DIN EN ISO 9001 aufgebaute, AGAPLESION weit eingeführte QM-System ermöglicht die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und die Erreichung einer guten Ergebnisqualität. Ausgehend vom Leitbild der AGAPLESION wurden für alle Einrichtungen verbindliche Führungs- und Verhaltensgrundsätze verabschiedet sowie Qualitätsziele formuliert. Die Instrumente und Methoden des QM fördern die Kommunikation, helfen bei der Lösung komplexer Aufgaben und Probleme, tragen zur Kundenzufriedenheit (z. B. Patienten, Bewohner, Angehörige, Einweiser, Lieferanten) bei und stärken die gemeinsame Wertegrundlage. QM ist Führungsaufgabe und gleichzeitig gelebtes Instrument in der täglichen Arbeit.

Die Wirksamkeit des QM-Systems und die Umsetzung der Qualitätsanforderungen werden kontinuierlich intern und extern durch Audits überprüft und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Im Rahmen der verpflichtenden, sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wird unter Leitung des Referates Medizincontrolling konzernweit die Behandlungsqualität verglichen und in fachbezogenen Qualitätszirkeln diskutiert. AGAPLESION bietet den verantwortlichen Qualitätsmanagementbeauftragten der Einrichtungen durch die Organisationsstrukturen konkrete Unterstützung bei der Einführung und Weiterentwicklung der QM-Systeme und beim Zertifizierungsprozess.

Weitere Informationen unter [www.agaplesion.de](http://www.agaplesion.de).

Frankfurt am Main, den 30.06.2011



Bernd Weber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Gerhard Hallenberger  
Vorstand  
AGAPLESION gAG

## Vorwort der Geschäftsführung der HDV gGmbH

Sehr geehrte Damen und Herren,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser dieses Qualitätsberichts,

seit dem Jahre 2006 sind die Krankenhäuser verpflichtet in einem zweijährigen Intervall diesen Qualitätsbericht zu erstellen und veröffentlichen.

Mit diesem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen einen systematischen Überblick über unser Krankenhaus, unsere Leistungen und unsere Qualität geben. Wir verfolgen damit die Ziele der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V:

- Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
- eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
- die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Dieser Qualitätsbericht beinhaltet Daten zu den stationären Patientenzahlen, zu Diagnosen und zu medizinischen Behandlungsverfahren. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung dargestellt.

Somit geben wir einen umfassenden Einblick in das Geschehen unseres Krankenhauses und den Anspruch, den wir an unser Qualitätsmanagement stellen.

„Qualität ist das Gegenteil des Zufalls“. Es ist zwingend erforderlich hochwertige Standards zu schaffen, indem man regelmäßig die Abläufe überprüft, Althergebrachtes in Frage stellt, das Bewährte fort- und festschreibt und auch Neues kontinuierlich fortentwickelt. Dass der Mensch in seiner Einzigartigkeit dabei stets im Mittelpunkt steht und bleibt, dafür stehen wir seit jeher und auch in Zukunft mit unseren Namen.

Sollten Sie zu unserem Qualitätsbericht Fragen haben, so stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Darmstadt, 15.07.2011



Dr. Martin Zentgrat  
Geschäftsführer



Klaus-Dieter Lübke-Naberhaus  
Geschäftsführer

## Einleitung des Qualitätsberichtes 2010



AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS in Ingelheim

**Historisches** - Zu Beginn des 19. Jahrhunderts hatte Ingelheim bereits ein kleines Krankenhaus. Es war ein einstöckiges Wohnhaus mit einem Garten. Zur damaligen Zeit bestand auch schon ein Hospitalfonds, der durch Vermächtnisse und wohlthätige Stiftungen zusammengekommen war. Im Jahre 1858 wurde durch eine zusätzliche Stiftung das spätere Hospital Ludwigstift als Kranken- und Pfründnerhaus für die Gemeinde Nieder-Ingelheim erworben.

Im Jahre 1909 entstand unter Mitwirkung tatkräftiger Ingelheimer Bürger ein Haus, das den Anforderungen moderner Krankenhausfürsorge entsprach. Das Haus hatte 23 Betten (14 für Kranke, 5 für Pfründner und 4 für Personal). Das Krankenhaus hatte Zentralheizung, Personenaufzug, Bade- und WC-Einrichtungen und war mit mustergültig eingerichteten Operations- und Röntgenräumen und freundlichen Krankenzimmern ausgestattet.

Schon in den 30er Jahren trug man sich mit dem Gedanken einen Neubau zu erstellen, weil der Zuspruch groß war und die Bettenzahl nicht ausreichte. Im Jahre 1939 wurde Ingelheim zur Stadt und bekam ein neues Krankenhaus durch den Erwerb und Ausbau des ehemaligen Waisenhauses „Kricken'sche Stiftung“ (heutiger Standort).

Nach Zusammenlegung der 3 Ortsteile Nieder-Ingelheim, Ober-Ingelheim und Frei-Weinheim erhielt das Krankenhaus die Bezeichnung „Städtisches Krankenhaus Ingelheim am Rhein“. Das Haus wurde glücklicherweise vor ernsteren Kriegsschäden bewahrt und hat das Kriegsende und die Besatzungszeit erträglich überstanden. Für einen Erweiterungsbau mit 2 neuen Krankenstationen, neuem Wirtschaftsbereich (Küche) und Schwesternwohnbereich erfolgte im Frühjahr 1957 der erste Spatenstich. Bereits am 1.10.1957 konnte der Trakt in Betrieb genommen werden. Die Bettenzahl war damit um 45 erweitert.

Im Jahr 1963 wurde mit dem Bau eines modernen Schwesternwohnheimes begonnen, das im Frühjahr 1965 von den Schwestern der Zehlendorfer Diakonie bezogen wurde. Es ist direkt mit dem Krankenhaus verbunden. Das damit im Erweiterungsbau frei gewordene Geschoss konnte dann 1966 als Kinderstation eingerichtet werden für Fälle der Fachgebiete Chirurgie, HNO und Pädiatrie. Das Gesamtbettenvolumen wurde um 18 bereichert und betrug 143.

Im Jahr 1966 und in den folgenden Jahren wurden die Operationsräume modernisiert, die Asepsis verbessert, ein eigener unfallchirurgischer OP eingerichtet, ein eigener septischer OP und ein Gipsraum und ein Aufwachraum, sowie ein Notaufnahmeraum ausgebaut.

Im Jahr 1989 übernahm der Hessische Diakonieverein die Trägerschaft des Krankenhauses von der Stadt Ingelheim. In drei Bauphasen (bis 2004) wurde das gesamte Krankenhaus modernisiert und zum Teil neu gebaut. Der ursprüngliche Altbau wurde abgerissen und durch den 3. Bauabschnitt ersetzt. 2008 wurde der OP- und Funktionsbereich erweitert. Ein dritter OP-Saal mit moderner Technik wurde in Betrieb genommen.

**Trägerschaft** - Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM ist seit 1989 im Besitz des Hessischen Diakonievereins und gehört zu einem Verbund mehrerer diakonischer Krankenhäuser und Seniorenzentren in Rheinland-Pfalz und Hessen. Betreiber ist die HDV gemeinnützige GmbH Darmstadt. Im Jahre 2010 beteiligte sich die AGAPLESION gAG mit Sitz in Frankfurt am Main als einer der größten, deutschlandweit tätigen Krankenhauskonzerne zu 60% an der HDV gGmbH und ist gemeinsam mit dem Hessischen Diakonieverein e.V. der Träger der Betreibergesellschaft des AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM.

**Aufbau** - Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM ist eine modern ausgestattete Klinik der Grundversorgung in Ingelheim am Rhein. Die Einrichtung bietet ein umfangreiches Leistungsangebot mit kompetenter und individueller medizinischer Behandlung und Pflege in den Bereichen:

Im Jahre 2010 verfügte das Krankenhaus über 133 Betten, seit dem Jahre 2011 im neuen Krankenhausplan von Rheinland-Pfalz über 125 Betten in den Hauptfachabteilungen:

- Chirurgie mit den Schwerpunkten Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfall- und orthopädische Chirurgie sowie Wirbelsäulenchirurgie,
- Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie
- Anästhesie und Intensivmedizin

sowie den Belegabteilungen

- Gynäkologie
- Urologie.

Am Krankenhaus befindet sich der Standort des Notarzteinsetzungsfahrzeuges (NEF). Die notärztliche Bereitschaftspraxis der Stadt Ingelheim befindet sich seit Ende 2003 im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM und arbeitet eigenverantwortlich. Die Fachabteilungen arbeiten interdisziplinär zusammen, damit die fachmedizinische Kompetenz zielgerichtet in den Behandlungsprozess einbezogen wird und lange Wege vermieden werden.

Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM ist ansprechend und barrierefrei gestaltet. Moderne technische Geräte ermöglichen einen hohen Standard an Diagnostik und Therapie. Der Komfort für Patienten umfasst: Ein- und Zwei-Bettzimmer mit WC und Dusche, Telefon, Fernsehen und Radio.

Im Rahmen der gesamten Umbaumaßnahmen wurde der "Kunst am Bau" besondere Aufmerksamkeit gewidmet. U. a. wurde das alte Eingangsportale restauriert und mit moderner Kunst - den Rhein symbolisch andeutend - für jeden sichtbar vor dem Krankenhausgebäude errichtet. Weitere Kunstobjekte sind innen und außen am Krankenhaus gestaltet.

Die Nähe zu den Weinbergen und die schöne Lage tragen zu einem genesungsfördernden Umfeld bei.

**Kooperationen** - Von der ambulanten und stationären Behandlung bis hin zu diagnostischen Untersuchungen erfolgt eine Vielzahl der Leistungen in Kooperation mit externen Ärzten, im Haus angesiedelten Praxen und Therapeuten. Wir tragen so der medizinischen Maxime einer integrierten Prozessgestaltung im Gesundheitswesen Rechnung. Die Einbindung in das Gesundheitsnetz der Region Mainz-Bingen ist uns ein wichtiges Anliegen. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, mit Praxen, der häuslichen Pflege, sozialen Diensten, dem Pflegestützpunkt und weiteren externen Dienstleistern ist daher ein wichtiger Aspekt in der täglichen Arbeit.

**Qualitätsmanagement** - Kernziel ist die qualifizierte und kompetente Behandlung jedes Patienten. Angehörige und Bezugspersonen werden auf Wunsch des Patienten und im Bedarfsfall einbezogen. Im Sinne des Leitsatzes "In Verantwortung für den Menschen" nehmen alle Mitarbeitenden ihre Aufgaben wahr. Professionelle Personalförderung und kontinuierliche Qualitätsentwicklung sind Maßnahmen, um den Versorgungsauftrag optimal zu erfüllen und das Krankenhaus weiter zu entwickeln. Die fortschreitende Qualifizierung innerhalb des Gesundheitswesens wird umgesetzt: Kontinuierliche Verbesserung und die Umsetzung eines gezielten Qualitätsmanagements sind von grundlegender Bedeutung.

Als konfessionelles Krankenhaus nimmt das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM den diakonischen Auftrag der Nächstenliebe wahr. Die Schwesternschaft des Hessischen Diakonievereins prägt insbesondere die Berufsgruppe der Pflegenden. Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM bietet Aus-, Fort- und Weiterbildung in verschiedenen Bereichen und fördert so eine qualitativ hochwertige Behandlung der Patienten durch qualitativ hochwertig ausgebildetes Personal.



**Verantwortlich:**

[Dr. Martin Zentgraf](#)

[Geschäftsführer](#)

Tel.-Nr. 06151/ 602-820

Fax-Nr. 06151/ 602-838

E-Mail [info@hdv-darmstadt.de](mailto:info@hdv-darmstadt.de)



**Verantwortlich:**

[Klaus-Dieter Lübke-Naberhaus](#)

[Geschäftsführer](#)

Tel.-Nr. 06151/ 602-820

Fax-Nr. 06151/ 602-898

E-Mail [info@hdv-darmstadt.de](mailto:info@hdv-darmstadt.de)



**Ansprechpartner Gesamtbericht:**

[Rebekka Herrmann](#)

[Assistentin der Geschäftsführung](#)

Tel.-Nr. 06151/ 602-833

Fax-Nr. 06151/ 602-898

E-Mail [rebekka.herrmann@hdv-darmstadt.de](mailto:rebekka.herrmann@hdv-darmstadt.de)



**Ansprechpartner Teil A-C:**

[Silke Dieter](#)

[Leitung Medizincontrolling](#)

Tel.-Nr. 06151/ 602-842

Fax-Nr. 06151/ 602-858

E-Mail [silke.dieter@hdv-darmstadt.de](mailto:silke.dieter@hdv-darmstadt.de)



**Ansprechpartner Teil D:**

[Katharina Maurer](#)

[Qualitätsmanagement](#)

Tel.-Nr. 06151/ 602-829

Fax-Nr. 06151/ 602-858

E-Mail [katharina.maurer@hdv-darmstadt.de](mailto:katharina.maurer@hdv-darmstadt.de)

**Sonstiges:**

Der vorliegende Bericht einschließlich seiner Inhalte ist geistiges Eigentum der HDV gGmbH. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der HDV gGmbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und Weiterverarbeitung in elektronischen Systemen.

Im Sinne der Lesbarkeit wurde meistens die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Im Text ist damit die männliche als auch weibliche Sprachform gemeint.

Die Geschäftsführung, vertreten durch Dr. Martin Zentgraf und Klaus-Dieter Lübke-Naberhaus ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



## A Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname: AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM  
Hausanschrift: Turnerstraße 23  
55218 Ingelheim  
Telefon: 06132 785-0  
Fax: 06132 785-888  
URL: [www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim/](http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim/)  
E-Mail: [ingelheim@hdv-darmstadt.de](mailto:ingelheim@hdv-darmstadt.de)

### A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260730708

### A-3 Standort(nummer)

Standort: 00

### A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Betreiber des AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS in Ingelheim ist die HDV gemeinnützige GmbH mit Sitz in Darmstadt. Sie wurde 2005 vom Hessischen Diakonieverein e. V. gegründet und betreibt in Hessen und Rheinland-Pfalz 3 Krankenhäuser und 7 Seniorenzentren. Sie gehört seit dem Jahre 2010 zu 60% der AGAPLESION gemeinnützige Aktiengesellschaft mit Sitz in Frankfurt am Main und der Förderstiftung Hessischer Diakonieverein zu 40%.

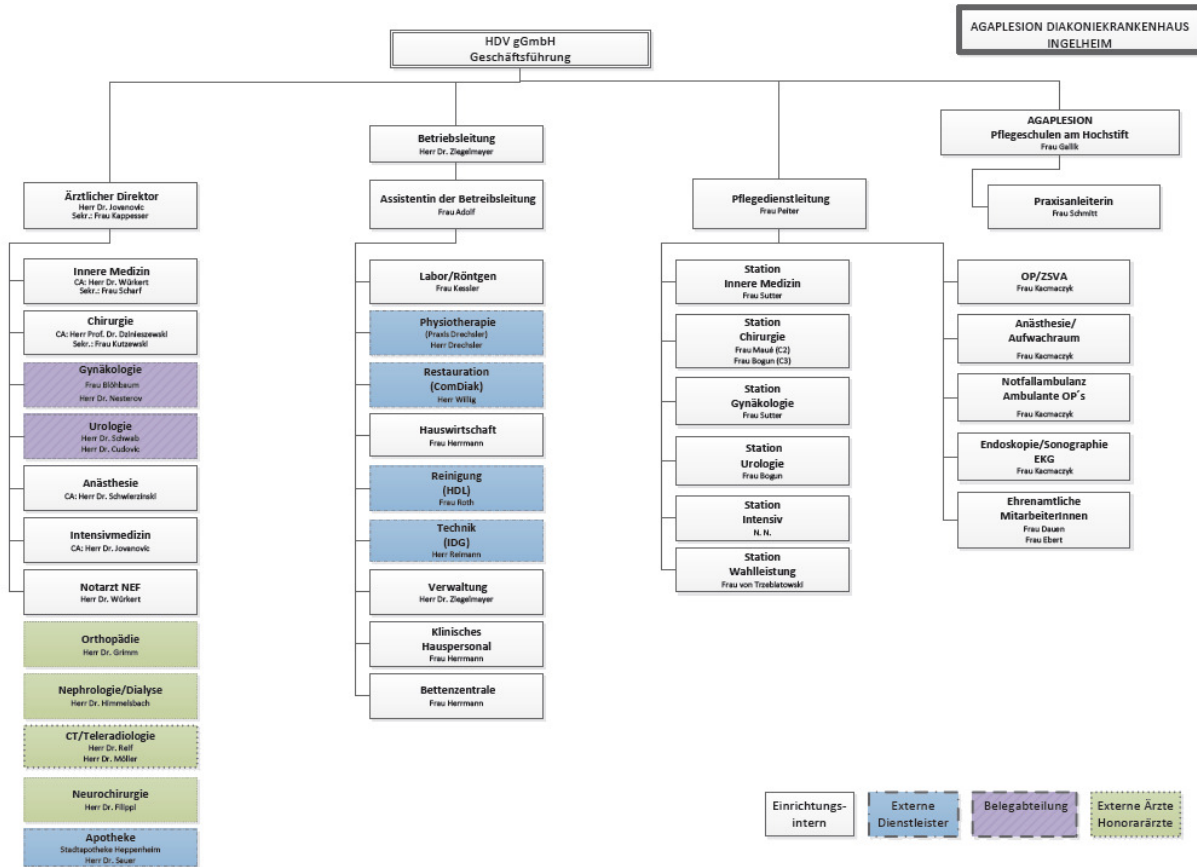
Name: HDV gemeinnützige GmbH  
Art: freigemeinnützig

### A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Beim AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM handelt es sich nicht um ein akademisches Lehrkrankenhaus.

Lehrkrankenhaus: Nein

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM

## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM wird keine psychiatrische Fachabteilung betrieben.

Es handelt sich nicht um ein psychiatrisches Krankenhaus.

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Interdisziplinäre Intensivmedizin (VS24)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Frauenheilkunde; Allgemeine Chirurgie; Urologie; Intensivmedizin; Innere Medizin
Kommentar / Erläuterung	Die interdisziplinäre Intensivstation steht unter der Leitung der anästhesiologischen Klinik und bestreitet täglich interdisziplinäre Visiten.
Zentrale Notaufnahme / 24 Stunden täglich (VS00)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Frauenheilkunde; Allgemeine Chirurgie; Urologie; Intensivmedizin; Innere Medizin
Kommentar / Erläuterung	In der Zentralen Notaufnahme steht chirurgische und internistische Fachkompetenz jederzeit zur Verfügung. Zusätzlich ist das Notarzteinsatzfahrzeug am Hause lokalisiert.
Ambulantes OP-Zentrum (VS12)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Chirurgie, Frauenheilkunde, Urologie, Anästhesie

## A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**  
 Orthopädietechniken werden nach ärztlicher Anordnung durch externe Anbieter individuell angepasst.  
 Die Hilfsmittel werden sofort nach der Verordnung durch den ärztlichen Dienst von den Mitarbeitern der Stationen beim Sanitätshaus angefordert und sind somit schnell einsetzbar.
- Aufnahmebereich für geplante stationäre Aufnahmen (MP00)**  
 Für Patienten, die zu geplanten Behandlungen in das Krankenhaus kommen, bieten wir einen, von den Notfallpatienten getrennten Aufnahmebereich an. Hier werden Untersuchungen, Aufklärungen und die Vorbereitung auf die Narkose effizient und für die Patienten zeitsparend durchgeführt.
- Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)**  
 Die Pflegemitarbeiter melden sterbende Patienten - je nach individueller Situation - an die Mitarbeiter der Krankenhausseelsorge. Diese kümmern sich intensiv um die Bedürfnisse dieser Menschen in der letzten Lebensphase und ihre Angehörigen.  
  
 Zudem ist ein Ethik-Komitee etabliert, Angebote der Begleitung, ein Raum der Stille und ein Verabschiedungsraum werden vorgehalten. Für Mitarbeitende werden kontinuierlich Fortbildungen angeboten.
- Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)**  
 Ingelheimer Gesundheitswochen: Eine Reihenveranstaltung mit Fachvorträgen durch Ärzte und Therapeuten wird der Öffentlichkeit angeboten. Es wird Gelegenheit gegeben zum Austausch und zur Klärung von Fragen.

Spezielles Angebot: Jeden Monat wird Kindern des Kindergartens Gelegenheit gegeben unser Krankenhaus kennenzulernen. Spezielle kindgerechte Führungen werden organisiert. Demonstrationen und Behandlungen werden erklärt und gezeigt. Spielerisch werden Behandlungsmethoden nachvollzogen. Der junge Mensch erlebt ein Krankenhaus zum Anfassen. Was ist bei Unfällen zu tun? Wie handeln die Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus, damit Hilfe möglich ist?

- **Wundmanagement (MP51)**

Unser Haus bietet ein kompetentes Management für akute und chronische Wunden, die mit modernen Verbandsmaterialien und, falls notwendig, mit operativen Techniken versorgt werden.

- **Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)**

Das von dem Neurologen und Psychiater Dr. Karel Bobath und der Physiotherapeutin Dr. h.c. Berta Bobath entwickelte Konzept zur Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen mit erworbener Bewegungsstörung hat mittlerweile ein breites Anwendungsspektrum gefunden und wird von erfahrenen Therapeuten bei allen Patienten mit Erkrankungen des neurologischen und neurochirurgischen Formenkreises angewandt.

- **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**

Für Patienten, die eine spezielle Ernährungsform benötigen, bietet unser Haus in Zusammenarbeit mit einer externen Diätassistentin die Möglichkeit z. B. zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplanes.

- **Sozialdienst (MP63)**

Die Mitarbeiter auf Station und in der Verwaltung unterstützen die Betroffenen und Ihre Familien beim Beantragen von sozialen Leistungen (z. B. Reha-Antrag). Dies erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt Ingelheim.

- **Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)**

Durch die Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens stellen wir für den behandelnden Arzt Informationen für die weitergehende Versorgung unserer Patienten zur Verfügung. Dadurch wird eine lückenlose medizinische Versorgung bis in den Alltag hinein gewährleistet.

- **Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege (MP17)**

Unser Pflegedienst organisiert sich im Sinne des Bezugspflegesystems, mit Festlegung von Zuständigkeitsbereichen. So sorgen wir dafür, dass Sie immer einen festen Ansprechpartner haben.

- **Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)**

Um die Pflegequalität zu sichern wurde das folgende System etabliert:

Bei der Aufnahme von Patienten mit pflegerischen oder medizinischen Risiken wird die Pflegedienstleitung durch ein spezielles Meldeverfahren informiert. Damit wird sichergestellt, dass bei diesen Patienten eine zusätzliche Betreuung erfolgt, welche ggf. durch die Pflegedienstleitung und das Qualitätsmanagement begleitet wird.

Im Bedarfsfall erfolgen Pflegevisiten durch die Pflegedienstleitung und das Qualitätsmanagement. Die daraus resultierenden Maßnahmen werden geprüft und deren Wirksamkeit überwacht.

- **Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)**  
Durch einen speziell entwickelten Überleitungsbogen werden relevante Informationen hinsichtlich der pflegerischen Weiterversorgung des Patienten in einer Pflegeeinrichtung oder in der ambulanten Versorgung weitergegeben. Auf Grundlage dieser Basisinformationen kann eine optimale nachstationäre Versorgung des Patienten sichergestellt werden.
- **Atemgymnastik/-therapie (MP04)**  
Die Atemtherapie ist ein physiotherapeutisches Behandlungsverfahren mit Übungen zur Verbesserung der Atmung und Kräftigung/ bessere Belüftung der Atmungsorgane, z.B. bei chronischer Bronchitis und Asthma bronchiale, aber auch in der postoperativen Phase bei großen Baueingriffen.
- **Bewegungsbad/Wassergymnastik (MP10)**  
In der Physikalischen Therapie werden verschiedene Bewegungsangebote für chirurgische Patienten angeboten.
- **Bewegungstherapie (MP11)**  
Die Bewegungstherapie umfasst alle therapeutischen Verfahren der Übungsbehandlung und Krankengymnastik, die auf der Bewegungslehre und auf den Erkenntnissen der normalen und krankhaft veränderten Funktionen des Bewegungssystems sowie auf Übungs- und Trainingsprinzipien beruhen.
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**  
Diese Form der physikalischen Anwendung wurde maßgeblich von Földi, Asdonk und Vodder in den 60er Jahren entwickelt. Nur geschultes Fachpersonal wendet dieses Verfahren zur Entstauungs- und Ödemtherapie an, vor allem nach Operationen, bei Krebserkrankungen oder komplexen Erkrankungen des Lymphsystems.
- **Massage (MP25)**  
In unserer Physikalischen Therapie bieten wir verschiedene Massagetechniken, die die Genesung bei zahlreichen Erkrankungen fördern. Hierzu zählen verschiedene Arten der klassischen Massage wie z.B. Ganzkörper- und Teilkörpermassagen.
- **Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)**  
Die Physikalische Therapie ergänzt die Physiotherapie und Krankengymnastik. Wasseranwendungen, wie das elektrische Vollbad oder die Unterwassermassage, gehören ebenso zum Behandlungsspektrum des Therapeutenteams im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM, wie die verschiedenen Verfahren der Elektrotherapie.
- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**  
Wesentlicher Bestandteil der Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Nervensystems ist die Krankengymnastik. Kompetente Experten stehen dem Patienten hierbei zur Seite und rehabilitieren mit modernsten Verfahren wie der Krankengymnastik oder der Manuellen Therapie.
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**  
Die Behandlung mit Wärme und Kälte – wird nach ärztlicher Anordnung je nach Krankheitsbild und individueller Verträglichkeit bei Patienten eingesetzt – ergänzt die stationäre Behandlung unserer Patienten. Sie erfolgte sowohl direkt durch die Pflege als auch durch die Mitarbeiter der Physikalischen Therapie.

- **Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie (MP44)**  
Die Möglichkeit zur Sprach- und Sprechtherapie bieten wir zusammen mit einer externen Logopädie-Praxis an.
- **Medizinische Fußpflege (MP26)**  
Wir stellen für unsere Patienten gerne den Kontakt zu einem externen Dienstleister für medizinische Fußpflege her. Dieser kommt direkt auf Station. Das Angebot ist gegen eine Gebühr erhältlich.

## A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

### Räumlichkeiten

- **Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)**  
Das Haus verfügt über modern ausgestattete Einzelzimmer mit eigener rollstuhlgerechten Nasszelle.
- **Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)**  
Das Haus verfügt über modern ausgestattete Zwei-Bett-Zimmer mit eigener rollstuhlgerechten Nasszelle.

### Ausstattung der Räume

- **Elektrisch verstellbare Betten (SA13)**  
In den Zimmern erwartet Sie zum großen Teil modern ausgestattete Betten mit elektronischer Verstellbarkeit in verschiedene Richtungen.
- **Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (SA14)**  
In allen Zimmern stehen Ihnen Fernsehgeräte zur kostenfreien Nutzung zur Verfügung.
- **Rundfunkempfang am Bett (SA17)**  
Alle Zimmer sind mit Rundfunkempfang (kostenlos) und Telefon (gebührenpflichtig) am Bett ausgestattet.
- **Telefon (SA18)**  
In jedem Raum befinden sich Telefone, die gegen eine geringe Gebühr genutzt werden können.
- **Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer (SA19)**  
Die Pforte bietet einen Tresor in welchem Wertgegenstände deponiert werden können.

### Gemeinschaftsräume

- **Abschiedsraum (SA43)**  
Das Haus bietet den Angehörigen die Möglichkeit, in einem dem Anlass entsprechenden Raum, von den Verstorbenen Abschied nehmen zu können.

- **Aufenthaltsräume (SA01)**  
In den Stationsbereichen gibt es separate Sitzecken als Rückzugsmöglichkeiten für Patienten, Angehörige und Besucher.
- **Balkon/Terrasse (SA12)**  
Im Erdgeschoss und in der Cafeteria steht Ihnen ein freundlich gestalteter Außenbereich zum Aufenthalt und Verzehr von Speisen zur Verfügung.
- **Bibliothek (SA22)**  
Unsere Grünen Damen bieten mit der "rollenden" Bibliothek die Gelegenheit kostenlos Bücher zu entleihen.
- **Cafeteria (SA23)**  
Im Erdgeschoss steht unseren Patienten eine Cafeteria mit Terrasse und Außenbereich zur Verfügung.
- **Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten (SA28)**  
In den Räumen der Cafeteria besteht die Möglichkeit zum Kauf von kleinen Speisen und verschiedenen Zeitschriften.

Zusätzlich befinden sich Automaten - mit Getränken, belegten Brötchen, Kuchen, Snacks - in Nähe der Eingangshalle.

- **Kirchlich-religiöse Einrichtungen (SA29)**  
Für Gebet, Gottesdienst und Einkehr steht allen Menschen ein Andachtsraum zur Verfügung. Die Gottesdienste werden auf Ihre Fernsehgeräte in den Patientenzimmern übertragen.
- **Parkanlage (SA33)**  
Vor dem Haupteingang befindet sich eine kleine Parkanlage mit mehreren Sitzbänken.
- **Orientierungshilfen (SA51)**  
Zur Orientierung für die Patienten besteht ein Wegeleitsystem mit Schildern und einer Übersichtstafel im Eingangsbereich.

Die Mitarbeiter des Hauses tragen Namensschilder, stellen sich im Gespräch vor und können bei Fragen jederzeit angesprochen werden.

- **Rauchfreies Krankenhaus (SA34)**  
Das Krankenhaus ist ein Nichtraucherhaus. Es besteht aber im Bereich des Haupteinganges die Möglichkeit zu Rauchen.

## Verpflegung

- **Diät-/Ernährungsangebot (SA44)**  
Für Patienten, die aus gesundheitlichen oder behandlungsbedingten Gründen keine normale Kost zu sich nehmen können, bieten wir eine spezielle Ernährung an.
- **Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) (SA20)**  
Unsere Küche bietet verschiedene Menüs sowie vegetarische Kost und verschiedene Diätkostformen. Durch die Wahl aus mehreren Komponenten lassen sich das Frühstück und das Mittagessen nach persönlicher Vorliebe zusammenstellen.

- **Frühstücks-/Abendbuffet (SA45)**  
In unserer Cafeteria haben Sie die Gelegenheit jeden Morgen unser reichhaltiges Frühstücksbuffet zu nutzen.
- **Getränkeautomat (SA46)**  
Im Erdgeschoss neben der Pforte befindet sich ein Getränkeautomat mit verschiedenen Kalt- und Warmgetränken.
- **Kostenlose Getränkebereitstellung (SA21)**  
Auf den Stationen werden den Patienten verschiedene Getränke, wie z.B. Tee, Kaffee und Wasser, zur kostenfreien Verfügung gestellt.
- **Nachmittagstee/-kaffee (SA47)**  
Für die Patienten wird auf Station ein Nachmittagskaffee bzw. -tee zur Verfügung gestellt.

## Serviceleistungen

- **Faxempfang für Patienten und Patientinnen (SA24)**  
Der Empfang von Faxen ist über die zentrale Faxnummer des AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM möglich. Der zentrale Empfang leitet das Fax direkt an den Patienten weiter.
- **Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (SA30)**  
Für Besucher bzw. Patienten besteht die Möglichkeit zur Nutzung von kostenfreien Parkplätzen.
- **Kulturelle Angebote (SA31)**  
Das Haus bietet in unregelmäßigen Abständen kleine Ausstellungen verschiedener Künstler an.
- **Maniküre/Pediküre (SA32)**  
Wir bieten Ihnen in Zusammenarbeit mit unserem Kooperationspartner ein umfassendes Angebot im Bereich Maniküre und Pediküre an.
- **Postdienst (SA52)**  
Der Empfang und Versand von Post ist über unseren zentralen Empfang möglich.
- **Tageszeitungsangebot (SA54)**  
Im Empfangsbereich der Cafeteria können aktuelle Tageszeitungen erworben werden.

## Patientennahe Dienstleistungen

- **Unterbringung Begleitperson (SA09)**  
Eine kostenfreie Aufnahme Ihrer Angehörigen ist in medizinisch begründbaren Fällen möglich.
- **Beschwerdemanagement (SA55)**  
Patienten-Fragebögen geben Ihnen die Möglichkeit Lob, Kritik und Anregungen zu äußern. Sie finden diese im Eingangsbereich des Krankenhauses.
- **Besuchsdienst/„Grüne Damen“ (SA39)**  
Die vielfältigen Dienste des Krankenhausbesuchsdienstes können Sie während Ihres Aufenthalts gerne jederzeit in Anspruch nehmen.



- **Dolmetscherdienste (SA41)**  
Für unsere nicht deutschsprachigen Patienten bietet das Haus verschiedene Dolmetscher an. Eine Übersicht der Dolmetscher kann an der Pforte eingesehen werden.
- **Patientenfürsprache (SA56)**  
Unsere Patientenfürsprecherin setzt sich für die Belange der Patienten und deren Angehörige ein. Sie arbeitet unabhängig und ehrenamtlich. Kontakt erhalten Sie über den zentralen Empfang.
- **Seelsorge (SA42)**  
Wir bieten die Möglichkeit zum Besuch durch die evangelischen und katholischen Seelsorger im Haus. Auf Wunsch kann auch der Kontakt zu dem eigenen Seelsorger in der Gemeinde hergestellt werden.
- **Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen (SA49)**  
Im Rahmen der Gesundheitswochen bieten wir Ihnen Vorträge und Schulungen aus den verschiedenen medizinischen Fachgebieten.

Für Mitarbeitende, Fachöffentlichkeit und Interessierte werden interne und externe Fortbildungen organisiert.

## A-11 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

### A-11.1 **Forschungsschwerpunkte**

Klinische Forschungen werden im Augenblick an der Klinik nicht vorgenommen.

### A-11.2 **Akademische Lehre**

- **Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) (FL03)**  
Studenten der klinischen Semester wird die Gelegenheit zur Absolvierung von ärztlichen Praktika (Famulaturen) gegeben.
- **Weiterbildungsermächtigungen**

#### Allgemeine Chirurgie

Die Abteilung hat aktuell folgende Weiterbildungsermächtigungen beantragt:  
Basisweiterbildung Chirurgie (18 Monate)  
Zusatzweiterbildung Allgemeine Chirurgie (24 Monate)

Die Beantragung einer Weiterbildungsermächtigung Unfallchirurgie ist für 2011 geplant.

#### Anästhesie

Die Abteilung hat aktuell folgende Weiterbildungsermächtigungen beantragt:  
Weiterbildungsermächtigung Anästhesie (24 Monate)

## Innere Medizin

Die Abteilung verfügt über folgende Weiterbildungsermächtigungen:  
Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin (36 Monate)

### A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

- **Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und Gesundheits- und Krankenpflegehelferin (HB00)**  
Staatlich anerkannte einjährige Ausbildung/ Theoretischer Unterricht an den AGAPLESION Pflegeschulen am AGAPLESION HOCHSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS, Worms. Praktische Ausbildung im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM.
- **Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)**  
staatlich anerkannte dreijährige Ausbildung/ Theoretischer Unterricht an den AGAPLESION Pflegeschulen am AGAPLESION HOCHSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS, Worms. Praktische Ausbildung im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM.

### A-12 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V

Betten: 135

### A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl: 4809  
Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl:  
- Fallzählweise: 6093

### A-14 Personal des Krankenhauses

#### A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	24,7	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche, davon 1,95 extern
<b>- davon Fachärzte und Fachärztinnen</b>	10,9	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche
<b>Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)</b>	4,0	

## A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs-dauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	53,8	3 Jahre	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche, davon 7 extern
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	7,4	1 Jahr	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	1,7	3 Jahre	Arbeitszeit 40 Stunden/ Woche
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	3,2	ab 200 Stunden Basis	

## A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

Abschluß	Anzahl	Kommentar
Arzhelfer und Arzhelferin (SP02)	3,9	
Diätassistent und Diätassistentin (SP04)	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte (SP11)	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
Lymphtherapeutin (SP00)	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
Manualtherapeut und Manualtherapeutin (SP42)	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
Reflexzonentherapeutin (SP00)	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)	1,0	

## A-15 Apparative Ausstattung

- **BZ-Geräte (AA00)**  
Gerät zur Messung des Blutzuckers. (24 h verfügbar)
- **Pulsoxymeter (AA00)**  
Gerät zur Messung der Sauerstoffsättigung im Blut. (24 h verfügbar)
- **Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie (AA52) (24h-Notfallverfügbarkeit)**  
Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen, Laborabteilung mit verschiedenen Laboranalyse-Messplätzen und Geräten. (24 h verfügbar)

- **24h-pH-Metrie (AA60)**  
Gerät zur Messung des PH- Wertes im Magen. (24 h verfügbar)
- **72h-Blutzucker-Messung (AA63)**  
24 h verfügbar
- **Infrarot-Ohrthermometer (AA00)**  
24 h verfügbar
- **Überwachungseinheiten, Monitore (AA00)**  
24 h verfügbar
- **RR-Geräte (AA00)**  
Gerät zur Messung des Blutdruckes. (24 h verfügbar)
- **Elektrokardiographie-Gerät (AA00)**  
Gerät zur Messung der Herzstromkurve. Kurzbezeichnung EKG. (24 h verfügbar)
- **Echokardiograph (AA00)**  
Gerät zur Untersuchung des Herzes. (24 h verfügbar)
- **Belastungs-EKG/Ergometrie (AA03)**  
Belastungstest mit Herzstrommessung  
24 h verfügbar
- **Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte (AA38)**  
Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck.  
Auf der interdisziplinären Intensivstation werden 3 moderne Beatmungsgeräte vorgehalten.
- **Defibrillator (AA40)**  
Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen  
24 h verfügbar
- **24h-Blutdruck-Messung (AA58)**  
24 h verfügbar, mehrere Geräte im Haus
- **24h-EKG-Messung (AA59)**  
24 h verfügbar, mehrere Geräte im Haus
- **Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)**  
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen.  
In Kooperation mit der Gemeinschaftspraxis Dr. Vogel und Dr. Kalden in Bingen.
- **Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
- **Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29) (24h-Notfallverfügbarkeit)**  
Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall
- **Endosonographiegerät (AA45)**  
Ultraschalldiagnostik im Körperinneren  
Gerät zur Ultraschalldiagnostik im Körperinneren. (24 h verfügbar)

- **Angiographiegerät/DSA (AA01) (24h-Notfallverfügbarkeit)**  
Gerät zur Gefäßdarstellung.
- **Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit (AA11)**  
Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel.  
Gerät im Haus nicht vorhanden kann aber bei Bedarf in der Praxis eines Kooperationspartners genutzt werden.
- **Gastroenterologisches Endoskop (AA12) (24h-Notfallverfügbarkeit)**  
Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung.  
Die Klinik verfügt über eine moderne Ausstattung mit Geräten zur Spiegelung des Magens und des Dickdarms.
- **Geräte für Nierenersatzverfahren (AA14) (24h-Notfallverfügbarkeit)**  
Nutzung in Kooperation mit dem Dialysezentrum Dr. med. Himmelsbach, Ingelheim.
- **Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung (AA31)**  
24 h verfügbar
- **Bronchoskop (AA39) (24h-Notfallverfügbarkeit)**  
Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung.
- **Arthroskop (AA37)**  
Gelenksspiegelung  
Gerät zur Gelenksspiegelung. (24 h verfügbar)
- **Laparoskop (AA53)**  
Bauchhöhlenspiegelungsgerät  
Gerät zur Bauchhöhlenspiegelung
- **MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie) (AA55)**  
Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie.

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen**

### **B-1 Allgemeine Chirurgie**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben der Allgemeine Chirurgie**

Fachabteilung: Allgemeine Chirurgie  
Art: Hauptabteilung  
Chefarzt: Prof. Dr. med. Gerhard Peter Dzieniszewski

Ansprechpartner: Sekretariat Chirurgie

Hausanschrift: Turnerstraße 23  
55218 Ingelheim

Telefon: 06132 785-286  
Fax: 06132 785-888

URL: [www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim](http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim)

E-Mail: [ingelheim@hdv-darmstadt.de](mailto:ingelheim@hdv-darmstadt.de)

#### **Praxisanschrift:**

Ansprechpartner: Dr. med. Ronald Filippi

Hausanschrift: Turnerstraße 23  
55218 Ingelheim

Telefon: 06132 710-020  
Fax: 06132 710-0220

E-Mail: [info@bandscheiben-filippi.de](mailto:info@bandscheiben-filippi.de)

Ansprechpartner: Dr. med. Johannes Grimm

Hausanschrift: Breite Straße 36  
55124 Mainz

Telefon: 06131 9110-10  
Fax: 06131 9110-12

E-Mail: [johannes.grimm@t-online.de](mailto:johannes.grimm@t-online.de)

Ansprechpartner: Dr. med. Robert Becker

Hausanschrift: Sant-Ambrogio-Ring 39  
55376 Oppenheim

Telefon: 06133 1610  
Fax: 06133 1601

E-Mail: [mbayeropp@t-online.de](mailto:mbayeropp@t-online.de)

Ansprechpartner: Dr. med. Jörg Grünewald

Hausanschrift: Binger Straße 94  
55218 Ingelheim

Telefon: 06132 1717  
Fax: 06132 3536

E-Mail: [doc-gruenewald@web.de](mailto:doc-gruenewald@web.de)

Ansprechpartner: Dr. med. Christian Steingässer

Hausanschrift: Am Brand 12  
55116 Mainz

Telefon: 06131 229-998  
Fax: 06131 6928-19

E-Mail: [sportortho@aol.com](mailto:sportortho@aol.com)

Ansprechpartner: M.B.CH (ET) Hassan Ashour

Hausanschrift: Mannheimer Straße 146  
55543 Bad Kreuznach

Telefon: 0671 481-448  
Fax: 0671 481-449

E-Mail: [hassan.ashour@web.de](mailto:hassan.ashour@web.de)

## **B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Allgemeine Chirurgie**

In der chirurgischen Abteilung des AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM werden hauptsächlich Eingriffe am Magen-Darm-Trakt sowie unfallchirurgische Eingriffe vorgenommen. Die Grundversorgung der Bevölkerung steht hier im Vordergrund. Zudem bietet die Klinik ein weites Spektrum an gelenkersetzenden Eingriffen an Hüfte und Knie sowie wirbelsäulenchirurgische Eingriffe an.

- **Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)**  
Rekonstruktionen von Schultergelenken, sowie Kreuzbandplastiken bei vorderer Kreuzbandruptur.
- **Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)**  
Endoprothetik der Hüfte, Knie und Schulter.
- **Arthroskopische Operationen (VC66)**  
Z. B: Kniegelenk, Schulter
- **Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)**  
Die minimalinvasive laparoskopische Operation ist ein professioneller Operationsstil, bei dem unsere Ärzte die Schnitte möglichst minimal setzen. Durch eine kleinere Wunde und geringere Schmerzen verkürzt sich die Erholungszeit unserer Patienten erheblich.
- **Schulterchirurgie (VO19)**  
Erweiterungsoperationen am Schulterdach, Sehnenrekonstruktionen, Schulterprothesen
- **Wirbelsäulenchirurgie (VC65)**  
Bandscheibenvorfälle in der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule, Einengungen des Wirbelkanals, Instabilität der Wirbelsäule
- **Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)**  
Patienten ist im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM ein sicheres und modernes Diagnostikverfahren von Verletzungen der oberen und unteren Extremitäten gegeben. Sowie eine darauf folgende effektive Therapie, die von unserem multidisziplinären Team geplant wird.
- **Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)**  
Wir bieten unseren Patienten ein umfassendes Angebot von Operationen, die sich bei einem Sportunfall ereignet haben.

### **B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Allgemeine Chirurgie**

- **Stomatherapie/-beratung (MP45)**  
Bei einem Stoma handelt es sich um eine Öffnung in der Bauchdecke, die durch eine Operation hergestellt wurde. Je nach Bedarf ist es möglich von ausgebildetem Fachpersonal informiert und angeleitet zu werden. Dieses Angebot wird in unserer Einrichtung durch externe Dienstleister gesichert.

### **B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Allgemeine Chirurgie**

Hier entspricht das Serviceangebot dem Punkt A-10.

### **B-1.5 Fallzahlen der Allgemeine Chirurgie**

Vollstationäre Fallzahl: 2800  
Teilstationäre Fallzahl: 0



## B-1.6 Diagnosen nach ICD

### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M75	349	Schulterverletzung
2	M23	314	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
3	M51	306	Bandscheibenvorfall
4	M17	192	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
5	M53	98	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]
6	M16	92	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
7	K56	68	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
8	S83	68	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
9	M50	67	Bandscheibenschaden im Halsbereich
10	M48	66	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule
11	K80	58	Gallensteinleiden
12	S82	53	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
13	M20	52	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
14	S72	51	Knochenbruch des Oberschenkels
15	S52	48	Knochenbruch des Unterarmes

### B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
K40	47	Leistenbruch (Hernie)
S06	44	Verletzung des Schädelinneren
K35	41	Akute Blinddarmentzündung
M54	40	Rückenschmerzen
S42	39	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
L03	37	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
K57	28	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
I70	24	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
I83	22	Krampfadern der Beine

## B-1.7 Prozeduren nach OPS

### B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-812	664	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
2	5-831	369	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
3	5-814	364	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
4	5-811	285	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
5	5-810	224	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
6	5-839	194	Sonstige Operation an der Wirbelsäule
7	5-822	148	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
8	5-788	108	Operation an den Fußknochen
9	5-820	107	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
10	5-813	97	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
11	3-225	84	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
12	8-930	81	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
13	5-819	79	Sonstige Gelenkoperation durch eine Spiegelung
14	5-893	74	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
15	5-030	66	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule

### B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-033	374	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal
5-835	66	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
5-836	64	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese
5-787	58	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
5-805	53	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks
5-511	53	Operative Entfernung der Gallenblase
5-530	47	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
5-470	45	Operative Entfernung des Blinddarms
5-385	34	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
5-381	22	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader
5-790	19	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
5-380	18	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Durchgangsarzt/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Kommentar	Behandlung von berufsgenossenschaftlichen Patienten.
Ermächtigungsambulanz	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten) (AM04)
Kommentar	Durchführung von ambulanten chirurgischen Operationen.
Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	Hier werden Notfallpatienten mit einer hohen Dringlichkeit behandelt.
Privatambulanz Chirurgie	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Behandlung von chirurgischen Patienten.
Vor- und nachstationäre Leistungen	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Kommentar	Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen für chirurgische Patienten.

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

Ambulante Leistungen (Arthroskopien) werden angeboten.

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

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Ja  
 Stationäre BG-Zulassung: Ja

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

### Fachexpertise der Abteilung

- Allgemeine Chirurgie (AQ06)
- Gefäßchirurgie (AQ07)
- Unfallchirurgie (AQ62)
- Orthopädie und Unfallchirurgie (AQ10)
- Spezielle Orthopädische Chirurgie (ZF41)
- Allgemeinmedizin (AQ63)
- Akupunktur (ZF02)
- Innere Medizin und SP Rheumatologie (AQ31)
- Intensivmedizin (ZF15)
- Manuelle Medizin/Chirotherapie (ZF24)
- Notfallmedizin (ZF28)
- Orthopädie (AQ61)
- Orthopädische Rheumatologie (ZF29)
- Röntgendiagnostik (ZF38)  
Spezielle chirurgische Röntgendiagnostik.
- Sportmedizin (ZF44)
- Transfusionsmedizin / Hämotherapie (ZF00)

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Personal des OPs wird der Allgemeinen Chirurgie zugeordnet.

	Anzahl	Ausbildungs-dauer	Kommentar
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	28,7	3 Jahre	Inklusive Funktionsdienst: OP, Anästhesie, Zentralsterilisation, Aufwachraum, Ambulanz Davon 1,2 extern
<b>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen</b>	4,7	1 Jahr	
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	1,9	ab 200 Stunden Basis	
<b>Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen</b>	1,7	3 Jahre	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**
- **Schmerzmanagement (ZP14)**  
Unter Schmerzmanagement ist ein strukturierter Umgang mit Patienten, die an Schmerzen leiden, zu verstehen. Das Ziel der Behandlung ist einen möglichst schmerzfreien Zustand zu erreichen. Spezielle Richtlinien der WHO werden umgesetzt.
- **Wundmanagement (ZP16)**  
Durch lange Liegezeiten, zum Beispiel nach einer Operation, können sich Druckstellen bis hin zu einer Wunde entwickeln. Das Wundmanagement befasst sich mit der Erfassung und Behandlung dieser und auch anderer Wunden.
- **Bobath (ZP02)**  
Das Bobath-Konzept ist ein spezielles Konzept, das zur Rehabilitation von Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems angewandt wird. Das können beispielsweise Patienten mit einem Schlaganfall, Multipler Sklerose oder Morbus Parkinson sein. Es wird von Physiotherapeuten und dem Pflegepersonal angewandt.
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Operationsdienst (PQ08)**
- **Strahlenschutzkundeflehrgang (ZP00)**
- **Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)**  
Chirurgieassistent
- **Technischer Operationsassistent (PQ00)**
- **Technischer Sterilisationsassistent II (ZP00)**

- **Technischer Sterilisationsassistent I (ZP00)**
- **Mentor und Mentorin (ZP10)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**  
Mitarbeiter, die an speziellen Weiterbildungen teilgenommen haben, können Auszubildenden oder Praktikanten gezielt in die Praxisfelder einführen. So wird ein problemloser Übergang von der Theorie in die Praxis sichergestellt.

### B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl	Kommentar
<b>Arzthelfer und Arzthelferin (SP02)</b>	2,5	
<b>Diätassistent und Diätassistentin (SP04)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
<b>Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte (SP11)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
<b>Lymphtherapeutin (SP00)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Manualtherapeut und Manualtherapeutin (SP42)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Reflexzonentherapeutin (SP00)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie

## B-2 Frauenheilkunde

### B-2.1 Allgemeine Angaben der Frauenheilkunde

Fachabteilung: Frauenheilkunde  
Art: Belegabteilung  
Chefärzte: Dr. med. Birgit Blöhbaum  
Dr. RUS Nikolaj Nesterov

Ansprechpartner: Zentrale

Hausanschrift: Turnerstraße 23  
55218 Ingelheim

Telefon: 06132 785-0  
Fax: 06132 785-888

URL: [www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim](http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim)

E-Mail: [ingelheim@hdv-darmstadt.de](mailto:ingelheim@hdv-darmstadt.de)

#### Praxisanschrift:

Ansprechpartner: Dr. med. Birgit Blöhbaum

Hausanschrift: Konrad-Adenauer-Straße 30a  
55218 Ingelheim

Telefon: 06132 415-30  
Fax: 06132 415-37

E-Mail: [b.bloehbaum@frauenaerztin-ingelheim.de](mailto:b.bloehbaum@frauenaerztin-ingelheim.de)

Ansprechpartner: Dr. RUS Nikolaj Nesterov

Hausanschrift: Mainzerstraße 39  
55411 Bingen

Telefon: 06721 109-99  
Fax: 06721 102-99

E-Mail: [Praxisnesterov@t-online.de](mailto:Praxisnesterov@t-online.de)

## B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Frauenheilkunde

- **Endoskopische Operationen (VG05)**  
Zystenentfernung, Myomentfernung an der Gebärmutter
- **Sonstige im Bereich Gynäkologie (VG00)**  
Gynäkologische Abdominalchirurgie, z.B. Entfernung von Gebärmutter bei einer Gebärmuttervergrößerung
- **Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)**  
Myome
- **Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)**  
Zur Diagnostik und Behandlung dieser Krankheitsbilder kommen ausschließlich Verfahren über minimale Zugänge zum Einsatz, falls eine operative Abklärung/Therapie notwendig ist.
- **Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)**  
Die Gynäkologie besitzt umfangreiche Erfahrung in der Endometriose-therapie, zum Teil mit ausgedehnten chirurgischen Eingriffen bei fortgeschrittenen Stadien und der organerhaltenden Myomtherapie mit weit überregionaler Bedeutung der Klinik.
- **Inkontinenzchirurgie (VG07)**  
Die Inkontinenzchirurgie befindet sich momentan in der Aufbauphase. In Zukunft wird Ihnen eine Behandlung in diesem Bereich bei uns möglich sein.

## B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Frauenheilkunde

Es sind keine zusätzlichen Angebote im medizinisch-pflegerischen Bereich vorhanden.

## B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Frauenheilkunde

Hier entspricht das Serviceangebot dem Punkt A-10.

## B-2.5 Fallzahlen der Frauenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 61  
Teilstationäre Fallzahl: 0



## B-2.6 Diagnosen nach ICD

### B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	D25	18	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
2	N92	8	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung
3	N81	7	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
4	N83		Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
5	N80		Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter
6	K66		Sonstige Krankheit des Bauchfells (Peritoneum)
7	N39		Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
8	N90		Sonstige nichtentzündliche Krankheit der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane bzw. des Dammes
9	C54		Gebärmutterkrebs
10	D07		Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Geschlechtsorgane
11	D27		Gutartiger Eierstocktumor
12	D28		Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter weiblicher Geschlechtsorgane
13	E28		Fehlfunktion der Eierstöcke
14	N30		Entzündung der Harnblase
15	N64		Sonstige Krankheit der Brustdrüse

## B-2.7 Prozeduren nach OPS

### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-683	27	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
2	5-704	16	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
3	5-690	14	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
4	5-469	13	Sonstige Operation am Darm
5	5-661	10	Operative Entfernung eines Eileiters
6	5-651	9	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
7	5-653		Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter
8	5-712		Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane
9	1-471		Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt
10	5-595		Operation bei Blasenschwäche über einen Bauchschnitt
11	5-659		Sonstige Operation am Eierstock
12	5-667		Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas
13	1-559		Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Verdauungsorganen, dem Bauchfell (Peritoneum) bzw. dem dahinter liegenden Gewebe (Retroperitoneum) durch operativen Einschnitt
14	1-562		Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) im Bereich des Harnleiters bzw. der Harnblase durch operativen Einschnitt
15	5-582		Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre

## B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Notfallversorgung	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Kommentar	Behandlung von Notfallpatienten.

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

Ambulante Operationen werden durch die am Krankenhaus tätigen Belegärzte in deren Namen erbracht.

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

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

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2,0

### Fachexpertise der Abteilung

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)

### B-2.11.2 Pflegepersonal

Dieser Fachabteilung ist kein eigenes Pflegepersonal zugeordnet. Die Patientinnen werden durch das Pflegepersonal der Inneren Medizin betreut. Der Anteil des Pflegepersonals, das für die Versorgung der gynäkologischen Patientinnen erforderlich ist, ist oben aufgeführt. Die Fachexpertise entspricht den Angaben der Inneren Medizin.

	Anzahl	Ausbildungs-dauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	1,2	3 Jahre	Davon 0,2 extern
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,1	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,1	ab 200 Stunden Basis	

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Bobath (ZP02)**
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
- **Technischer Sterilisationsassistent II (ZP00)**
- **Technischer Sterilisationsassistent I (ZP00)**
- **Strahlenschutzkundelehrgang (ZP00)**
- **Bachelor (PQ01)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Mentor und Mentorin (ZP10)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

### B-2.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl	Kommentar
<b>Arzthelfer und Arzthelferin (SP02)</b>	0,1	
<b>Diätassistent und Diätassistentin (SP04)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
<b>Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte (SP11)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
<b>Lymphtherapeutin (SP00)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Manualtherapeut und Manualtherapeutin (SP42)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Reflexzonentherapeutin (SP00)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie

## **B-3 Innere Medizin**

### **B-3.1 Allgemeine Angaben der Innere Medizin**

Fachabteilung:	Innere Medizin
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Dr. med. Klaus Würkert
Ansprechpartner:	Sekretariat Innere Medizin
Hausanschrift:	Turnerstraße 23 55218 Ingelheim
Telefon:	06132 785-271
Fax:	06132 785-888
URL:	<a href="http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim">www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim</a>
E-Mail:	<a href="mailto:ingelheim@hdv-darmstadt.de">ingelheim@hdv-darmstadt.de</a>

### **B-3.2 Versorgungsschwerpunkte der Innere Medizin**

- **Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)**
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**
- **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)**
- **Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)**
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**
- **Endoskopie (VI35)**
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)**
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)**
- **Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)**
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)**

- **Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)**  
in Kooperation mit externem nephrologischen Zentrum.
- **Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)**
- **Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)**

### **B-3.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Innere Medizin**

- **Schluckscreening bei Schlaganfall und Verdacht auf Schlaganfall (MP00)**  
Bei Verdacht auf und bei Schlaganfall, standardisierter Schlucktest zur Diagnostik von Schluckstörungen.

### **B-3.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Innere Medizin**

Hier entspricht das Serviceangebot dem Punkt A-10.

### **B-3.5 Fallzahlen der Innere Medizin**

Vollstationäre Fallzahl:	1695
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-3.6 Diagnosen nach ICD

### B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	169	Herzschwäche
2	A09	103	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
3	F10	97	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
4	R55	96	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
5	I11	79	Bluthochdruck mit Herzkrankheit
6	I10	71	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
7	J20	66	Akute Bronchitis
8	J18	51	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
9	J44	50	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
10	E86	46	Flüssigkeitsmangel
11	K29	43	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
12	R42	43	Schwindel bzw. Taumel
13	E11	42	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
14	K57	32	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
15	G40	30	Anfallsleiden - Epilepsie

### B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I48	29	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
I63	24	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
I21	21	Akuter Herzinfarkt
N39	20	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
K21	18	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft
K25	17	Magengeschwür
N17	17	Akutes Nierenversagen
G45	16	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
I20	14	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
K70	14	Leberkrankheit durch Alkohol
K63	12	Sonstige Krankheit des Darms

## B-3.7 Prozeduren nach OPS

### B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	288	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
2	1-632	239	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	1-440	163	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
4	1-650	138	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
5	8-854	113	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse
6	8-800	100	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
7	3-225	71	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
8	8-930	42	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
9	5-893	40	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
10	1-444	30	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
11	3-222	20	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
12	1-654	19	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung
13	5-449	17	Sonstige Operation am Magen
14	5-452	17	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
15	8-153	17	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit

### B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-431	14	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
8-987	13	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
1-651	13	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung
8-152	10	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit



### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>Ermächtigungsambulanz Dr. Würkert</b>	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten) (AM04)
Kommentar	Ambulante Behandlung internistischer Patienten.
<b>Notfallambulanz</b>	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	Behandlung von Notfallpatienten.
<b>Privatambulanz Dr. Würkert</b>	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Behandlung von ambulanten internistischen Privatpatienten.
<b>Vor- und nachstationäre Leistungen</b>	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Kommentar	Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen für stationäre internistische Patienten.

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

Ambulante Leistungen nach § 115 SGB V der Inneren Medizin werden im Rahmen der Ermächtigung des Chefarztes erbracht.

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

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

## B-3.11 Personelle Ausstattung

### B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,7	Davon 0,3 extern
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,6	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

### Fachexpertise der Abteilung

- Innere Medizin (AQ23)
- Diabetologie (ZF07)
- Ernährungsmedizin (ZF47)
- Notfallmedizin (ZF28)
- Sozialmedizin (ZF40)
- Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)
- Labordiagnostik (ZF22)
- Röntgendiagnostik (ZF38)

### B-3.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	12,4	3 Jahre	inklusive Mitarbeitende im Funktionsdienst der Inneren Medizin, wie Endoskopie, Sonografie, EKG Davon 1,2 extern
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,1	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,9	ab 200 Stunden Basis	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Bobath (ZP02)**
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
- **Strahlenschutzkundefahrt (ZP00)**
- **Technischer Sterilisationsassistent II (ZP00)**
- **Technischer Sterilisationsassistent I (ZP00)**
- **Bachelor (PQ01)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Mentor und Mentorin (ZP10)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

### B-3.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl	Kommentar
<b>Arzthelfer und Arzthelferin (SP02)</b>	0,9	
<b>Diätassistent und Diätassistentin (SP04)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
<b>Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte (SP11)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
<b>Lymphtherapeutin (SP00)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Manualtherapeut und Manualtherapeutin (SP42)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Reflexzonentherapeutin (SP00)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie

## **B-4 Intensivmedizin**

### **B-4.1 Allgemeine Angaben der Intensivmedizin**

Fachabteilung:	Intensivmedizin
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Dr. med. Petar Jovanovic
Ansprechpartner:	Sekretariat Anästhesie
Hausanschrift:	Turnerstraße 23 55218 Ingelheim
Telefon:	06132 785-0
Fax:	06132 785-888
URL:	<a href="http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim">www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim</a>
E-Mail:	<a href="mailto:ingelheim@hdv-darmstadt.de">ingelheim@hdv-darmstadt.de</a>

### **B-4.2 Versorgungsschwerpunkte der Intensivmedizin**

- **Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)**  
Im Rahmen der Intensivtherapie/-überwachung
- **Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)**  
Im Rahmen der Intensivtherapie/-überwachung
- **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)**  
Im Rahmen der Intensivtherapie/-überwachung
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**  
Im Rahmen der Intensivtherapie/-überwachung
- **Intensivmedizin (VI20)**
- **Chirurgische Intensivmedizin (VC67)**
- **Anästhesie- und Intensivmedizin / Schmerztherapie (VX00)**
- **Schmerztherapie (VI40)**  
Im Rahmen der Intensivtherapie/-überwachung

- **Interdisziplinäre Intensivmaßnahmen (VX00)**

Hier erfolgen die notfallmäßige Intensivüberwachung und -behandlung/Überwachung der lebenswichtigen Funktionen (Monitoring: Blutdruck, Puls, Temperatur, Sauerstoffversorgung, Atmung, Bewusstsein) Wiederbelebensmaßnahmen/Reanimation, Punktionstracheotomie - Legen von Drainagen zur Entlastung der Lunge, intensive Überwachung und Therapie nach Operationen, Legen von herznahen Kathetern, Transfusionen.

#### **B-4.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Intensivmedizin**

Es sind keine zusätzlichen Angebote im medizinisch-pflegerischen Bereich vorhanden.

#### **B-4.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Intensivmedizin**

Hier entspricht das Serviceangebot dem Punkt A-10.

#### **B-4.5 Fallzahlen der Intensivmedizin**

Vollstationäre Fallzahl:	158
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-4.6 Diagnosen nach ICD

### B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I48	18	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
2	F10	14	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
3	I21	13	Akuter Herzinfarkt
4	I50	11	Herzschwäche
5	R07	7	Hals- bzw. Brustschmerzen
6	I20		Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
7	I47		Anfallsweise auftretendes Herzrasen
8	G40		Anfallsleiden - Epilepsie
9	I10		Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
10	T42		Vergiftung durch Medikamente gegen Krampfanfälle, durch Schlaf- und Beruhigungsmittel bzw. durch Mittel gegen die Parkinson-Krankheit
11	I49		Sonstige Herzrhythmusstörung
12	K57		Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
13	N17		Akutes Nierenversagen
14	R55		Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
15	S72		Knochenbruch des Oberschenkels

## B-4.7 Prozeduren nach OPS

### B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	332	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
2	8-800	62	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
3	3-200	57	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
4	8-854	19	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse
5	5-449	18	Sonstige Operation am Magen
6	8-831	17	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
7	8-931	13	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)
8	5-469	11	Sonstige Operation am Darm
9	3-225	10	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
10	5-893	6	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut
11	8-640	6	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation
12	8-771	6	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung
13	1-844		Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
14	5-312		Anlegen eines dauerhaften, künstlichen Luftröhrenausganges
15	5-381		Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader

## B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Prämedikationsambulanz	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Kommentar	Ambulanz für elektive Patienten zur Vorbesprechung der Operation. Sprechstunde der Anästhesie/Intensivmedizin von 10:00 - 16:00 Uhr
Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	Behandlung von Notfallpatienten.

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

"trifft nicht zu" / "entfällt"

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

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

## B-4.11 Personelle Ausstattung

### B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,2	davon 1,6 extern
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,3	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

### Fachexpertise der Abteilung

- **Anästhesiologie (AQ01)**
- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
- **Flugmedizin (ZF08)**
- **Transfusionsmedizin / Hämotherapie (ZF00)**

### B-4.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	10,0	3 Jahre	davon 4,2 extern



### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**  
Im Funktionsbereich 2 Personen.
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Mentor und Mentorin (ZP10)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**  
2 Mitarbeiter im OP-Bereich.

### B-4.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl	Kommentar
<b>Arzthelfer und Arzthelferin (SP02)</b>	0,0	Einsatz der Mitarbeiter im Funktionsbereich.
<b>Diätassistent und Diätassistentin (SP04)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
<b>Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte (SP11)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister
<b>Lymphtherapeutin (SP00)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Manualtherapeut und Manualtherapeutin (SP42)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie
<b>Reflexzonentherapeutin (SP00)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie

## **B-5 Urologie**

### **B-5.1 Allgemeine Angaben der Urologie**

Fachabteilung: Urologie  
Art: Belegabteilung  
Chefärzte: Dr. med. Martin Schwab  
Dr. med. Dragan Cudovic

Ansprechpartner: Zentrale

Hausanschrift: Turnerstraße 23  
55218 Ingelheim

Telefon: 06132 785-0  
Fax: 06132 785-888

URL: [www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim](http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim)

E-Mail: [ingelheim@hdv-darmstadt.de](mailto:ingelheim@hdv-darmstadt.de)

#### **Praxisanschrift:**

Ansprechpartner: Dr. med. Martin Schwab  
Dr. med. Dragan Cudovic

Hausanschrift: Binger Str. 51  
55218 Ingelheim

Telefon: 06132 730-83  
Fax: 06132 764-74

### **B-5.2 Versorgungsschwerpunkte der Urologie**

- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)**
- **Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)**
- **Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase (VU10)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)**
- **Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)**

- **Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12)**
- **Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VU11)**

### B-5.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Urologie

Es sind keine zusätzlichen Angebote im medizinisch-pflegerischen Bereich vorhanden.

### B-5.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Urologie

- **für Kinder - Begleitung durch Eltern möglich (SA00)**  
Bei Operationen im kinderurologischen Bereich ist der begleitende Aufenthalt durch Eltern möglich.

### B-5.5 Fallzahlen der Urologie

Vollstationäre Fallzahl: 95  
Teilstationäre Fallzahl: 0

### B-5.6 Diagnosen nach ICD

#### B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C67	40	Harnblasenkrebs
2	N40	39	Gutartige Vergrößerung der Prostata
3	N32		Sonstige Krankheit der Harnblase
4	N35		Verengung der Harnröhre
5	N47		Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut
6	C61		Prostatakrebs
7	K40		Leistenbruch (Hernie)
8	N39		Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
9	Q53		Hodenhochstand innerhalb des Bauchraums
10	R31		Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin
11	T81		Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen

## B-5.7 Prozeduren nach OPS

### B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-573	79	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
2	5-601	35	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre
3	5-603		Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata über einen Bauchschnitt
4	8-930		Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	8-132		Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
6	5-585		Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre
7	5-640		Operation an der Vorhaut des Penis
8	5-530		Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
9	5-609		Sonstige Operation an der Prostata
10	5-624		Operative Befestigung des Hodens im Hodensack

## B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Notfallversorgung	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Kommentar	Behandlung von Notfallpatienten im urologischen Bereich.

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

Keine ambulanten Operationen.

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

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

## B-5.11 Personelle Ausstattung

### B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0,0	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,0	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2,0	Facharzt Urologie. Zusätzliche Unterstützung der urologischen Fachärzte durch die Ärzte der Chirurgie im Krankenhaus.

### Fachexpertise der Abteilung

- **Andrologie (ZF04)**
- **Urologie (AQ60)**

### B-5.11.2 Pflegepersonal

Dieser Fachabteilung ist kein Pflegepersonal zugeordnet. Die Patienten werden durch das Personal der Chirurgie mitbetreut. Fachexpertise siehe Chirurgie.

	Anzahl	Ausbildungs- dauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	1,5	3 Jahre	Davon 0,2 extern
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,4	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,3	ab 200 Stunden Basis	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**
- **Bobath (ZP02)**
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Schmerzmanagement (ZP14)**

- **Wundmanagement (ZP16)**
- **Operationsdienst (PQ08)**
- **Sonstige Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss (PQ00)**  
Chirurgieassistent
- **Strahlenschutzkundelehrgang (ZP00)**
- **Technischer Operationsassistent (PQ00)**
- **Technischer Sterilisationsassistent I (ZP00)**
- **Technischer Sterilisationsassistent II (ZP00)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Mentor und Mentorin (ZP10)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

### B-5.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl	Kommentar
<b>Arzthelfer und Arzthelferin (SP02)</b>	0,1	
<b>Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)</b>	1,0	Auch im Bereich Physikalische Therapie tätig.
<b>Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)</b>	0,0	Kooperation mit externem Dienstleister im Bereich Physikalische Therapie

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (QS-Verfahren)

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

##### C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Cholezystektomie	56	100,0	
Gynäkologische Operationen	36	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	41	100,0	
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	91	100,0	
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	<= 5	100,0	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	149	100,0	
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	<= 5	100,0	
Mammachirurgie	<= 5	100,0	
Ambulant erworbene Pneumonie	59	100,0	
Pflege: Dekubitusprophylaxe	359	100,0	

#### C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren

##### C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für 0:

##### 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)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsspezifische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	0 / 56
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,0 - 6,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reinterventionenrate
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen mit Reintervention nach laparoskopischer Operation
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	schwach
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 9
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,5%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 33,7%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Letalität
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Verstorbene Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	schwach
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 55
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 6,5%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung bei laparoskopischer Operation
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	schwach
<b>Zähler / Nenner</b>	<= 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,2%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 84,2%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8



Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organverletzungen bei Hysterektomie
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei Hysterektomie
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	mäßig
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 27
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 12,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organverletzungen bei Hysterektomie
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung bei Hysterektomie
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	schwach
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 10
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,7%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 30,9%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Histologie bei Ovareingriffen
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen mit fehlender Histologie nach isoliertem Ovareingriff
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	schwach
<b>Zähler / Nenner</b>	<= 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 52,2%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei Ovaryingriffen
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund nach isoliertem Ovaryingriff mit vollständiger Entfernung der Adnexe
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	<= 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 20,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 70,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organerhaltung bei Ovaryingriffen
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen <= 40 Jahre mit organerhaltender Operation bei benigner Histologie
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	1
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	<= 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 74,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 97,5%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	9
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	In Übereinstimmung mit der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern wurde kein Strukturierter Dialog geführt.

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Konisation
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund nach Konisation"
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	mäßig
<b>Zähler / Nenner</b>	<= 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 13,8%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 97,5%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Konisation
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen ohne postoperative Histologie nach Konisation
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	schwach
<b>Zähler / Nenner</b>	<= 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 97,5%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	1
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	27 / 27
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	87,2 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei Hysterektomie
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patientinnen < 35 Jahre mit Hysterektomie bei benigner Histologie
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	mäßig
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 26
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,5%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 13,3%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Präoperative Verweildauer
Kennzahlbezeichnung	Operation > 48 Stunden nach Aufnahme
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	4,9%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,0%
Vertrauensbereich	0,5 - 16,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation wegen Komplikation
Kennzahlbezeichnung	Reoperation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	4,9%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12,0%
Vertrauensbereich	0,5 - 16,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Letalität
Kennzahlbezeichnung	Letalität bei ASA 3
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	8,7%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,0 - 28,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Letalität
Kennzahlbezeichnung	Letalität bei ASA 1 - 2
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 20,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Letalität
Kennzahlbezeichnung	Letalität bei endoprothetischer Versorgung
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	5,3%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,5%
Vertrauensbereich	0,1 - 26,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Letalität
Kennzahlbezeichnung	Letalität bei osteosynthetischer Versorgung
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	4,5%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,5%
Vertrauensbereich	0,1 - 22,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Patienten mit Endoprothesenluxation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	5,3%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,0%
Vertrauensbereich	0,1 - 26,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	In Übereinstimmung mit der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern wurde kein Strukturierter Dialog geführt.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Patienten mit postoperativer Wundinfektion
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	0 / 41
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 8,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation
Kennzahlbezeichnung	Indikation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	90 / 91
Ergebnis (Einheit)	98,9%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	93,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Reoperationen wegen Komplikation
Kennzahlbezeichnung	Reoperation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	0 / 91
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 9,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 4,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Letalität
Kennzahlbezeichnung	Letalität bei allen Patienten
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	0 / 91
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,0 - 4,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Antibiotikaphylaxe bei allen Patienten
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	91 / 91
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Beweglichkeit
Kennzahlbezeichnung	Postop. Beweglichkeit: Neutral--Methode gemessen
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	keine Angabe
Zähler / Nenner	91 / 91
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	1,1%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 6,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Endoprothesenluxation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	0 / 91
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 4,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8



Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Postoperative Wundinfektionen
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	0 / 91
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 4,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Indikation
Kennzahlbezeichnung	Indikation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 79,3%
Vertrauensbereich	39,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperationen wegen Komplikation
Kennzahlbezeichnung	Reoperation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 16,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 60,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Letalität
Kennzahlbezeichnung	Letalität
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,0 - 60,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	39,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	25,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0%
Vertrauensbereich	0,6 - 80,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	In Übereinstimmung mit der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern wurde kein Strukturierter Dialog geführt.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation
Kennzahlbezeichnung	Indikation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	143 / 149
Ergebnis (Einheit)	96,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	91,4 - 98,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Reoperationen wegen Komplikation
Kennzahlbezeichnung	Patienten mit Reoperation wegen Komplikation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	0,7%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 3,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Letalität
Kennzahlbezeichnung	Letalität
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	0 / 149
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,0 - 2,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Beweglichkeit
Kennzahlbezeichnung	Post. Beweglichkeit: Neutral--Methode gemessen
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	148 / 149
Ergebnis (Einheit)	99,3%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	96,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Beweglichkeit
Kennzahlbezeichnung	Patienten ab 20 Jahre mit postoperativer Beweglichkeit von mind. 0/0/90
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	121 / 148
Ergebnis (Einheit)	81,8%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	74,6 - 87,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Indikation
Kennzahlbezeichnung	Indikation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 84,5%
Vertrauensbereich	2,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Letalität
Kennzahlbezeichnung	Letalität bei allen Patienten
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,0 - 97,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	2,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation wegen Komplikation
Kennzahlbezeichnung	Reoperation
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 97,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Prätherapeutische Diagnosesicherung
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei Patientinnen mit nicht-tastbarer maligner Neoplasie
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	1
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 70,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	9
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Prätherapeutische Diagnosesicherung
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei Patientinnen mit tastbarer maligner Neoplasie
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	1
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	9
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperatives Präparatröntgen
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Intraoperatives Präparatröntgen
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	mäßig
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	9
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Hormonrezeptoranalyse
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	1
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	9
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	HER-2/neu-Analyse
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	1
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	9
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Angabe Sicherheitsabstand</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Angabe Sicherheitsabstand bei brusterhaltender Therapie
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	1
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	mäßig
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	9
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Angabe Sicherheitsabstand
Kennzahlbezeichnung	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Primäre Axilladisektion bei DCIS
Kennzahlbezeichnung	Primäre Axilladisektion bei DCIS
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,0\%$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Kennzahlbezeichnung	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 76,0\%$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.



Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zur brusterhaltenden Therapie
Kennzahlbezeichnung	Indikation zur brusterhaltenden Therapie
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 71,0 - <= 93,7%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	0,6%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,1 - 2,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	<= 5
Ergebnis (Einheit)	0,8%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,2 - 2,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	keine Angabe
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,8
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 2 - 4 bei Entlassung
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,5%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,9%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	keine Angabe
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,8
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	9
Kommentar Geschäftsstelle	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	keine Angabe
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,8%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,7%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	schwach
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 358
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	schwach
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 275
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	9
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen.

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patienten mit erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	1
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	mäßig
<b>Zähler / Nenner</b>	58 / 59
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	98,3%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	90,7 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Alle Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	1
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	56 / 56
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 86,6%
<b>Vertrauensbereich</b>	93,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE) mit Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	25 / 25
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 74,7%
<b>Vertrauensbereich</b>	86,2 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP / PCT
Kennzahlbezeichnung	Verlaufskontrolle CRP / PCT
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	mäßig
Zähler / Nenner	53 / 53
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,4%
Vertrauensbereich	93,3 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien
Kennzahlbezeichnung	Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	1
Empirisch-statistische Bewertung	gut
Zähler / Nenner	31 / 31
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	88,8 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Krankenhaus-Letalität
Kennzahlbezeichnung	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 1 (0 Punkte nach CRB-65-SCORE)
Abschließende Bewertung durch Fachkommission	2
Empirisch-statistische Bewertung	schwach
Zähler / Nenner	0 / 10
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,9%
Vertrauensbereich	0,0 - 30,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Krankenhaus-Letalität
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE)
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	gut
<b>Zähler / Nenner</b>	<= 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	8,7%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 18,1%
<b>Vertrauensbereich</b>	2,3 - 21,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	8

Leistungsbereich (LB)	Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Krankenhaus-Letalität
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 3 (3-4 Punkte nach CRB-65-SCORE)
<b>Abschließende Bewertung durch Fachkommission</b>	2
<b>Empirisch-statistische Bewertung</b>	mäßig
<b>Zähler / Nenner</b>	<= 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	50,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 45,6%
<b>Vertrauensbereich</b>	1,2 - 98,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	9
<b>Kommentar Geschäftsstelle</b>	In Übereinstimmung mit der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern wurde kein Strukturierter Dialog geführt.

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

#### **Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog**

- 0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
- 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
- 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
- 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.
- 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
- 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.

- 8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.
- 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
- 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
- 14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

- **Schlaganfall**

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

"trifft nicht zu" / "entfällt"

## **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

"trifft nicht zu" / "entfällt"

## **C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V**

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
<b>Knie-TEP</b>	50	148

## **C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)**

Die von der Strukturqualitätsvereinbarung betroffenen Leistungen werden ausschließlich im Notfall erbracht.

Die von der Strukturvereinbarung betroffenen Leistungsbereiche sind im Berichtsjahr im Krankenhaus nicht erbracht worden.

**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	11,0
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]	7,0
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	7,0



## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

Das Diakonie Krankenhaus Ingelheim ist seit 2010 ein Unternehmen im diakonischen Einrichtungsverbund der AGAPLESION gAG und nennt sich somit nun AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM. Dies wirkt sich folgendermaßen auf unser Qualitätsmanagement aus.

Die „Grundsatzerklärung Qualitätsmanagement“ der AGAPLESION gAG bildet die Basis der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele des AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM. Die Grundlage unseres täglichen Handelns ist das christliche Prinzip der tätigen Nächstenliebe. Dies spiegelt sich in dem Leitbild, den Führungs- und Verhaltensgrundsätzen der AGAPLESION gAG wider. Das Leitbild ist in 10 Punkten beschrieben. Es definiert unser Verständnis von Menschenbild, diakonischem Auftrag, Orientierung, Qualität, Engagement, Führung, Mitarbeiterförderung, Außendarstellung, Verantwortung und Professionalität. Daraus leiten sich die strategischen Ziele des Konzerns ab. Sieben strategische Stoßrichtungen dienen als Grundlage zur Festlegung der Qualitätsziele. Aus diesen ergeben sich wiederum die Jahresziele der Einrichtung.

Das Qualitätsmanagement wird als ganzheitlicher Management-Ansatz verstanden, der alle Mitarbeitenden und Führungskräfte umfasst. Patienten-, Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit stetig zu steigern ist ein grundlegendes Ziel. Die christlichen Werte sind hierbei Richtschnur unseres Handelns.

Das Qualitätsmanagement ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Unternehmensführung. Deshalb haben wir über die gesetzlichen Anforderungen hinaus ein hohes eigenes Interesse, eine optimale diakonische Qualität in Strukturen, Prozessen und Ergebnissen zu erreichen. Das QM-System ist nach der DIN EN ISO 9001: 2008 aufgebaut, die nächste Zertifizierung wird nach diesen Anforderungen erfolgen.

Das QM-System wird zentral vom Referat zentrales Qualitätsmanagement in Frankfurt/M. gesteuert, die Umsetzung erfolgt in den Einrichtungen durch den Qualitätsmanagementbeauftragten der HDV gGmbH Zentralverwaltung in Darmstadt.

### Kompetenter Partner für Ihre Gesundheit

Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM ist eine Betriebsstätte der HDV gGmbH. Diese ist ein Unternehmen der AGAPLESION gemeinnützigen Aktiengesellschaft und des Hessischen Diakonie Vereins e.V. Die Leistungen, Philosophie, Vision, Leitbild, Struktur und Ansprechpartner der AGAPLESION gAG sind unter [www.agaplesion.de](http://www.agaplesion.de) im Internet zu finden. Das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM bietet Leistungen der Regelversorgung an. Wir bündeln medizinisches Experten- und Spezialistenwissen in verschiedenen Fachbereichen. Zum Angebot gehören sowohl moderne Untersuchungsverfahren als auch individuelle Betreuungsangebote.

Weitere Informationen gibt das Kapitel A-C wider oder sind in Patientenbroschüren und im Internet unter [www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim/](http://www.hdv-darmstadt.de/krankenhaeuser/diakoniekrankenhaus-ingelheim/) nach zu lesen.

## Die Patienten stehen im Mittelpunkt

Oberstes Ziel ist die qualitativ hochwertige, auf die Selbstbestimmung des Patienten ausgerichtete medizinische und pflegerische Behandlung. Unabhängig von Nationalität, Kultur, Alter und Geschlecht achten wir die Würde jedes Menschen. Alle Mitarbeitenden begegnen jedem Patienten und seinen Angehörigen respektvoll, freundlich und offen. Für eine kontinuierliche Steigerung der Qualität werden alle relevanten Tätigkeiten zuerst geplant, dann durchgeführt, dokumentiert und evaluiert. Fachliche Kompetenz, persönliche Zuwendung sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit sind Grundlagen für die hohe Qualität unserer Arbeit. Dies wird gemäß dem diakonischen Auftrag durch das breite Angebot an sozialer und ethischer Beratung sowie seelsorglicher Begleitung gewährleistet.

Wir beziehen Betroffene und Angehörige in die Behandlung und Pflege mit ein. Der Kontakt zu Angehörigen ist uns insbesondere bei Menschen wichtig, die aufgrund des Gesundheitszustandes ihre Interessen nicht mehr selbst wahrnehmen können. Wir schaffen ein Vertrauensverhältnis durch umfassende Information und Aufklärung.

## Unsere Mitarbeitenden

Teamarbeit ist uns wichtig. Wir streben eine Teamorganisation an, in der jede und jeder - gleich, ob ehrenamtlich oder entgeltlich - seine Verantwortung im Gesamtzusammenhang des Unternehmens wahrnehmen kann. Mitarbeitende werden bei Projekten und Arbeitsgruppen aktiv zur Mitgestaltung von Veränderungsprozessen eingebunden. Nur durch mehr Transparenz und Bewusstsein über das gemeinsame Tun ist es möglich die Behandlungsprozesse unseres interdisziplinären Teams kontinuierlich zu verbessern.

Einführungstage helfen neuen Mitarbeitern den Konzern, das Krankenhaus, die Strukturen, Prozesse und Akteure kennen zu lernen.

Die systematische Personalentwicklung orientiert sich an der Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens und an der Zielplanung des Unternehmens. Sie umfasst Aus-, Fort- und Weiterbildung und initiiert Lern- und Veränderungsprozesse. Führungskräfte erhalten in der AGAPLESION AKADEMIE HEIDELBERG gezielte Trainings zur Ausbildung und Stärkung der Führungskompetenz.

## D-2 Qualitätsziele

Die Strategie- und Zielplanung richtet sich nach einem standardisierten Vorgehen. Für alle Einrichtungen des Gesundheitskonzerns AGAPLESION sind sieben strategische Stoßrichtungen definiert, aus denen sich die Qualitätsziele der einzelnen Häuser ableiten:

1. Christliches Profil
2. Breites, vernetztes medizinisches Angebot und sektorale Spitzenleistung
3. Exzellente Behandlungs- und Betreuungsqualität
4. Patienten-, Bewohner- und Kundenorientierung
5. Hohe Mitarbeiteridentifikation
6. Herausragende Position
7. Angemessene Rentabilität und langfristiger Unternehmenserhalt

**Strategieworkshops** finden alle zwei Jahre für die Konzernebene und die Einrichtungen statt. Auf Einrichtungsebene sind die Geschäftsführung, die Betriebsleitung, die Abteilungsleitungen und Qualitätsmanagementbeauftragte beteiligt. Jahres- und Qualitätsziele, Maßnahmen, Zeitvorgaben, Messgrößen und Verantwortlichkeiten werden festgelegt und bilden die Grundlage der **Jahreszielplanung**. Die Ziele werden in **Mitarbeitergesprächen** der Geschäftsführung an Leitungskräfte weitergegeben. Die Leitungskräfte geben die daraus abgeleiteten, abteilungsbezogenen Ziele in strukturierten Mitarbeitergesprächen an die Mitarbeiter weiter. Die Ziele werden konkretisiert und individuell vereinbart. Auf diesem Weg erreichen die Qualitätsziele der AGAPLESION gAG alle Ebenen des Unternehmens. Es herrscht eine hohe Transparenz. Die kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Ziele trägt zu einer kontinuierlichen Verbesserung bei.

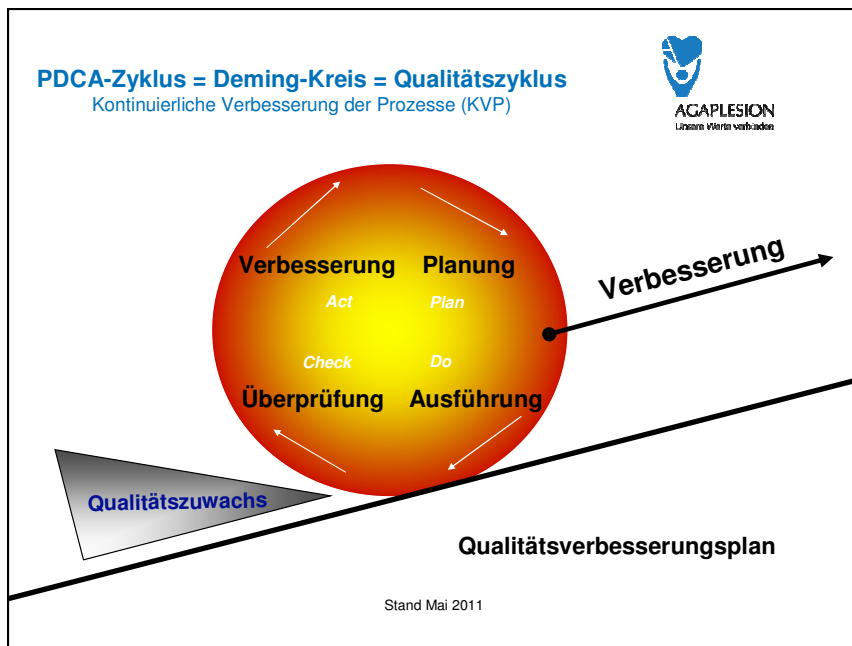
Einrichtungsinterne Qualitätsziele sind beispielsweise:

- Erweiterung der Seelsorge
- Einführung eines OP-Statuts
- Verpflichtende Aus-, Fort- und Weiterbildungen für alle Mitarbeitende
- Erhöhung der Mitarbeiterbindung
- Optimierung der Pflegeprozesse
- Aufbau einer strukturierten Unternehmenskommunikation

### **D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

Die Strukturen des Qualitätsmanagementsystems im AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM orientieren sich an den Anforderungen der DIN EN ISO 9001: 2008. Zum nächst möglichen Zeitpunkt wird eine Zertifizierung erfolgen. Die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001: 2008 ist von der AGAPLESION gAG vorgegeben, um im Konzern ein einheitliches Qualitätsmanagement-System zu etablieren.

Um eine kontinuierliche Verbesserung der Prozesse (KVP) zu erlangen, folgen alle Prozesse dem Qualitätszyklus nach Deming. Dieser wird auch PDCA-Zyklus genannt, was für Plan, Do, Check und Act steht. Die Prozesse werden zuerst geplant, dann ausgeführt, überprüft und schließlich angepasst. Durch diesen Zyklus entsteht ein kontinuierlicher Qualitätszuwachs aller Prozesse.



Die Umsetzung eines Qualitätsmanagement-Systems ist nur dann möglich, wenn sich alle Mitarbeitenden daran beteiligen. Deshalb haben alle Führungskräfte und Mitarbeiter die Aufgabe und Verantwortung, sich aktiv daran zu beteiligen und dessen Weiterentwicklung mit zu gestalten.

#### Spezielle Verantwortung der Führungskräfte:

- Durch Ihre Vorbildfunktion fördern sie das Qualitätsbewusstsein aller Mitarbeiter.
- Sie unterstützen, fördern und gestalten die kontinuierliche Verbesserung von Prozessen im Sinne der Patienten- und Angehörigenorientierung.
- Beachtung und Weiterentwicklung des QM-Handbuches. Dieses beinhaltet Regelungen in Form von z. B. Richtlinien, Rahmenkonzeptionen, Verfahrensanweisungen und Prozessbeschreibungen.
- Reibungslose Zusammenarbeit der Abteilungen im Interesse des Patienten.
- Zügige und vollständige Information der Mitarbeiter.

#### Weiter verantwortliche Stellen:

- Beauftragte: Datenschutzbeauftragte, Transplantationsbeauftragte, Transfusionsbeauftragte, Transfusions-Verantwortliche, QM-Beauftragte Hämotherapie, Hygienebeauftragte, Medizinisches Controlling, Beauftragte Brand- und Katastrophenschutz, Gefahrgut-Beauftragte, Sicherheitsbeauftragte, Strahlenschutzverantwortliche/ - bevollmächtigte/ -anwender mit spezieller Schulung und Ernennung, Medizin-Produkt-Bevollmächtigte, Medizin-Produkt-Verantwortliche, Medizin-Produkt-Einweisungsbeauftragte.
- Kommissionen: Ethik-Komitee, Arbeitssicherheitsausschuss, Arzneimittel-Kommission, Hygiene-Kommission, Transfusions-Kommission.

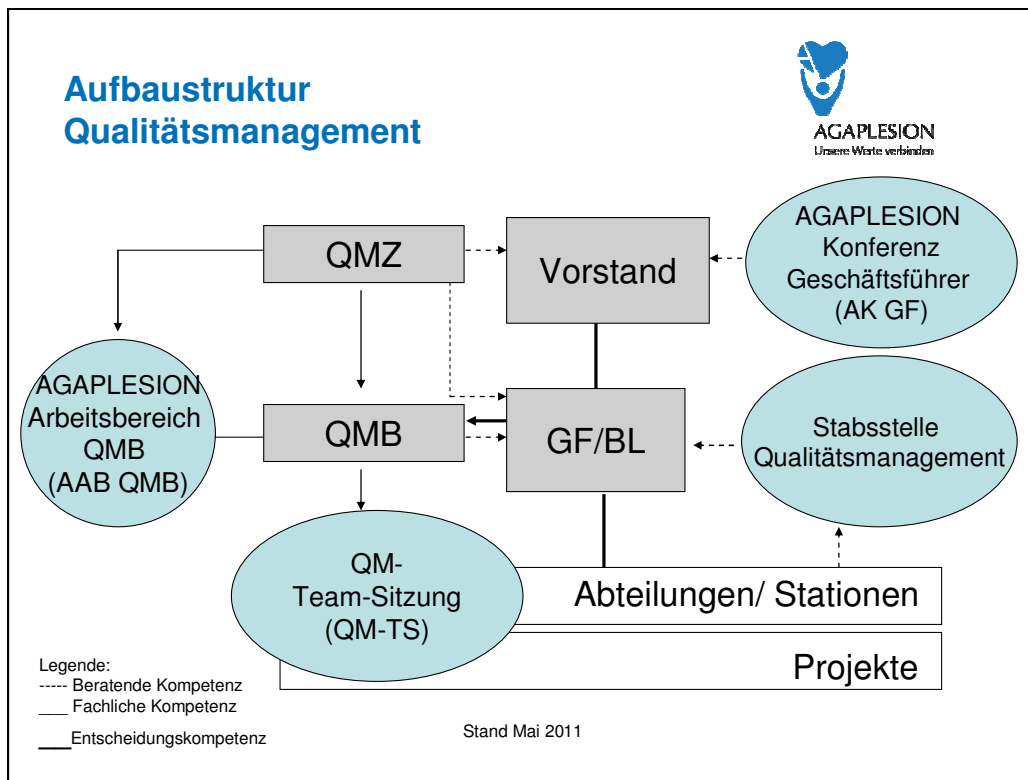
### Organisation des Qualitätsmanagements:

Für die Umsetzung des Qualitätsmanagements ist die Geschäftsführung der HDV gGmbH hauptverantwortlich.

Eine Stabsstelle Qualitätsmanagement ist der Geschäftsführung angegliedert. Sie berät und unterstützt die Geschäftsführung bezüglich der Qualitätsentwicklung und begleitet das Qualitätsmanagement-Team (QM-Team) bei der Projektarbeit. Die Stabsstelle besteht momentan aus zwei Mitarbeitenden.

Das Qualitätsmanagement-Team setzt sich interdisziplinär zusammen. Die Aufgabe der Qualitätsbeauftragten der Abteilungen ist es, die Ableitung bei Verbesserungsmaßnahmen in ihren Bereichen zu unterstützen und deren Umsetzung zu begleiten. Sie erarbeiten zusammen mit Beteiligten Lösungen in Projekt- und Arbeitsgruppen.

Die Einrichtungen werden im Verbund durch das zentrale Qualitätsmanagement AGAPLESION (QMZ) unterstützt. So werden Aktivitäten des Qualitätsmanagements im Verbund der AGAPLESION gAG koordiniert und ein aktiver Wissensaustausch wird erreicht. Auf diesem Weg bringen die Erfahrungen und Verbesserungen der einzelnen Einrichtungen allen Anderen Nutzen.



### Kommunikationsstruktur des Qualitätsmanagements:

Eine Handlungsanweisung für Regelkommunikation befindet sich momentan im Aufbau. Es wird bedarfs- und themenbezogen im Rahmen von Projekten und Arbeitsaufträgen kommuniziert.

Zu den QM-Kommunikationsstrukturen gehören:

AGAPLESION (einrichtungsübergreifend):

- AGAPLESION Konferenz Geschäftsführer (AK GF, Teilnehmer: Vorstände, Geschäftsführer aller Einrichtungen)
- AGAPLESION Arbeitsbereich Qualitätsmanagement-Beauftragte (AAB-QMB, Teilnehmer: alle QMB der Einrichtungen)

Im Krankenhaus:

- Krankenhausdirektoriumssitzung HDV mit dem TOP QM
- Jour fixe Geschäftsführung – Qualitätsmanagementbeauftragte
- Qualitätsmanagement-Team-Sitzung (QM-TS)
- Sitzungen der Projekt- und Arbeitsgruppen

### **Projektorganisation:**

Wir gestalten den kontinuierlichen Verbesserungsprozess systematisch mit einer strukturierten Projektarbeit in unserer Einrichtung. Die Projekt- und Arbeitsgruppen werden themenbezogen zusammengesetzt. Lösungen werden mit den Betroffenen erarbeitet und umgesetzt.

Unsere Grundregeln für die effektive Projektarbeit:

- Schriftlicher Auftrag und klare Zielsetzung
- Definition der Zeitschienen und Verantwortlichkeiten, Budgetrahmen
- Schriftliche Fixierung der Ergebnisse
- Umsetzungsplan für die Praxis
- Überprüfung und Evaluation der Ergebnisse

## **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

### **Interdisziplinäre Behandlungsplanung:**

Ein grundlegender Bestandteil interner Qualitätssicherungsmaßnahmen sind interdisziplinäre Besprechungen und ärztliche Visiten. Hierdurch wird eine bedarfsgerechte und kurzfristige Steuerung des Behandlungsverlaufs garantiert.

- Medizinische Fallbesprechung: In einem interdisziplinärem Ärzte- und Therapeuten-Team werden beispielsweise Behandlungskonzepte diskutiert und die optimale Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der Patientenwünsche abgestimmt.

- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz: Sie dienen der abteilungsinternen Qualitätskontrolle und kontinuierlichen Weiterbildung. Ein interdisziplinäres Team wertet in regelmäßigen Konferenzen Verläufe von schwerstkranken und verstorbenen Patienten aus. So werden Erkenntnisse zur Qualitätsverbesserung gewonnen. Die notwendigen Daten werden vom Medizincontrolling halbjährlich zur Verfügung gestellt. Auf diesem Weg entsteht ein umfassendes Problembewusstsein für behandlungsbedürftige Komplikationen. Vermeidungsstrategien können erörtert und ggf. die bestehenden Leitlinien und Prozessbeschreibungen überarbeitet werden. Die Rate der Komplikationen wird so weiter gesenkt, Risikoeinschätzung und Komplikationsmanagement wird kontinuierlich verbessert. Diese Konferenz wird momentan noch nicht gehalten, eine Installation der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz ist in Umsetzung.
- Ärztliche Besprechung: In ärztlichen Besprechungen werden Therapiekonzepte unter Leitung des Chefarztes anhand konkreter Behandlungssituationen besprochen.
- Tägliche Visite: Wichtige Elemente der Qualitätssicherung sind die Stations-, Oberarzt und Chefarztvisiten. Gemeinsam mit dem Patienten werden der Stand des Therapieverlaufs, die Wünsche des Patienten und die Anforderungen zur weiteren Behandlungsplanung bewertet und Maßnahmen festgelegt.

### Interne Audits:

Interne Überprüfungen dienen der systematischen Bewertung des Qualitätsmanagements und der Aufdeckung von Verbesserungspotenzialen.

Zu Beginn eines Jahres werden die internen Überprüfungen terminiert: Durch die gezielten Begehungen und Gespräche mit den Mitarbeitern werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemeinsam evaluiert. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen werden schriftlich fixiert und in einem festgelegten Zeitraum bearbeitet.

Es gibt unterschiedliche Arten interner Überprüfungen:

- Interne Audits zur Wirksamkeitsprüfung des QM-Systems. Diese finden ein- bis zweimal in drei Jahren unter Leitung des Qualitätsmanagements AGAPLESION statt. Die Ergebnisse aus dem Auditbericht fließen in die Managementbewertung ein und werden in den Jahresziel- und Projektplanungen berücksichtigt.
- Bereichsaudits (z.B.: auf einer Station) werden zur Qualitätsüberprüfung in organisatorischen Einheiten durchgeführt.
- Pflegeaudits dienen der Qualitätsprüfung in den Pflegebereichen und der Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe) und der Anwendung von medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften.

In 2011 wird konzernweit ein neues System zur Durchführung interner Audits anhand standardisierter, prozessbezogener Checklisten eingeführt. Diese erlauben eine Auditierung aller Prozesse.

### **Internes Melde- und Kontrollsystem:**

Die Mitarbeitenden im Pflegedienst erheben bei Patienten systematisch mögliche Risiken. Anhand von standardisierten Risikoerhebungen wird die Gefährdungslage bewertet. Maßnahmen werden gezielt eingeleitet. Darüber hinaus wird die Pflegedienstleitung – im Fall von Risiken und Problemen – durch eine Mitteilung über die „Besonderheiten in der Pflege“ informiert. Die Pflegedienstleitung verfolgt die Umsetzung der Maßnahmen, z.B. durch eine Pflegevisite oder durch Berichterstattung der Stationsleitungen. Instrumente zur Dekubitusprophylaxe oder zur Sturzprophylaxe sind bereits etabliert.

### **Risikomanagement:**

Die stetig steigenden medizinischen Fortschritte und die Komplexität moderner Behandlungserfahrungen bringen auch neue Herausforderungen und Risiken für unser Krankenhaus und seine Mitarbeiter mit sich.

Im Konzern AGAPLESION ist anhand der Rahmenkonzeptionen Risikomanagement und CIRS (Meldesystem kritischer Ereignisse) der Umgang mit tatsächlichen und potentiellen Risiken geregelt. In 2011 wird dieses System auch für das AGAPLESION DIAKONIEKRANKENHAUS INGELHEIM übernommen.

### **Meinungsmanagement:**

Wir begreifen Beschwerden als eine Chance zur Verbesserung. Deshalb wird bei uns aktiv ein Meinungsmanagement betrieben. Das hausintern bestehende Meinungsmanagement wird auf das AGAPLESION Konzept mit dem Meldebogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ umgestellt. Mit diesem Flyer können uns zukünftig alle Patienten, Angehörige und Besucher Rückmeldung geben. Die Meinungsbögen werden ausgewertet und es erfolgt eine sofortige Bearbeitung, damit Mängel behoben werden können. Das Krankenhausdirektorium wird in Kenntnis gesetzt und eine Erfolgskontrolle findet statt.

### **Patientenbefragung:**

In einigen Bereichen wird eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt. Patienten werden gebeten am Ende der Krankenhausbehandlung einen Fragebogen auszufüllen. Mit dieser Auswertung lassen sich Aussagen über die Zufriedenheit der Patienten mit Medizin und Pflege, Speisenversorgung, Hygiene und räumlicher Ausstattung treffen. Es werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

### **Mitarbeiterbefragung:**

Die Mitarbeiterbefragung wird zukünftig in regelmäßigen Abständen nach den Vorgaben der AGAPLESION gAG umgesetzt. Hierzu wird ein externes Institut beauftragt. Es wird u. a. ermittelt, inwieweit das Leitbild, die Unternehmenswerte und das christliche Profil im beruflichen Alltag umgesetzt werden.

### **Einweiser-Befragung:**

Die Einweiserbefragung ermöglicht Rückschlüsse auf die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und einweisenden Ärzten. Ziel ist es, die Kontinuität der Behandlung für die Patienten vor, während und nach der Entlassung zu fördern.



### Regelmäßige Begehungen durch Spezialisten:

Die Durchführung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V sind verpflichtend. Dazu zählen jährliche Begehungen und Überprüfungen der betrieblichen Bereiche durch:

- die Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Bewertung der Arbeitsplätze
- den Krankenhausapotheker zur Arzneimittelversorgung und –anwendung
- den Krankenhaus-Hygieniker, die Hygienefachkraft und die Hygienebeauftragte Oberärztin
- den Qualitätsbeauftragten für Transfusionsmedizin

Aus diesen Begehungen und Überprüfungen werden Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet.

### Hygienemanagement:

Unter Hygiene versteht man die Gesamtheit aller Verfahren und Verhaltensweisen, um Erkrankungen zu vermeiden und der Gesunderhaltung des Menschen und der Umwelt zu dienen.

Hygiene bedeutet also Prophylaxe nicht Therapie.

Unser Hygienemanagement setzt sich dies als Auftrag.

Die gesetzlichen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes sind dabei unsere Richtschnur, ebenso die vielen anderen Vorgaben, Richtlinien und Gesetze.

### Organisation

Die Hygienefachkraft, die zentral eingesetzt ist, macht regelmäßig Begehungen und betreut das Haus zusammen mit den Mitgliedern der Hygienekommission und den hygienebeauftragten Ärzten sowie den Link-Nurses.

Bei akuten und aktuellen Problemen ist Sie jederzeit erreichbar und ansprechbar.

Darüber hinaus wird die Einrichtung durch ein externes Hygiene - Institut betreut.

### Instrumente

- Regelmäßige Kontrollen und Untersuchungen der Reinigungs- und Desinfektionsgeräte, sowie der Sterilisatoren
- Prüfberichte für die Verantwortlichen erstellen
- Teilnahme am KISS-Programm des NRZ (Nationales-Referenz-Zentrum)
- Jährlich mehrere Fortbildungen für die Mitarbeiter
- Hygienekommissionssitzungen, in vierteljährlichen Abständen. Ein Protokoll wird von jeder Sitzung erstellt. Sofern Abteilungen von den Beschlüssen betroffen sind, werden diese in Form eines Rundschreibens informiert.
- für Mitarbeiter werden regelmäßig die Handlungsanweisungen aktualisiert, z.B. Anweisungen zur Behandlung von Patienten mit Infektionserkrankungen

- Fortschreiben der Hygienepläne und des Hygiene-Handbuchs. Für das Krankenhaus ist ein Hygiene-Handbuch erstellt, dass auf allen Stationen und Funktionsabteilungen vorhanden ist.

Hier werden folgende Inhalte zur Sicherung der Hygiene dargelegt:

0. Vorwort; Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
1. Hygieneplan
2. Spezielle Hygienepläne
3. Haltbarkeitsdaten
4. Dienstanweisung zur Personalhygiene und zum äußeren Erscheinungsbild
5. Maßnahmenkatalog zur Infektionsprävention bei übertragbaren Krankheiten
6. Nosokomiale Infektionserfassung
7. Behandlungskonzept „Multiresistenter Erreger“
8. Meldeformulare
9. Prophylaxe bei beruflicher HIV Ansteckung
10. Anlagen (Hautschutzplan, Desinfektionspläne, Infektionsschutzgesetz, Hygienerundschreiben, Protokolle)

## D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Qualitätsmanagement-Projekte werden durch das Krankenhausdirektorium nach Abstimmung mit der Geschäftsführung beauftragt.

Sie ergeben sich meistens aufgrund geänderter Anforderungen (intern oder extern), aus Auditergebnissen oder durch neue Methoden oder Technologien.

Im folgenden Abschnitt werden einige Projekte vorgestellt:

### 1. Projekt „Pflege“:

Vorbeugung Fachkräftemangel mit dem Ziel, offene Arbeitsstellen durch eine Regelung der Stellennachbesetzung zu vermeiden.

#### Maßnahmen:

Optimierung des Personalakquise-Konzepts.

#### Zielerreichung:

Termine für erste Gespräche sind festgelegt.

### 2. Projekt „Arztbriefschreibung“:

Kundenorientierte, ressourcenschonende und einheitliche Arztbriefschreibung in den einzelnen Einrichtungen.

#### Maßnahmen:

Anfertigung von EDV-gestützten Arztbrief-Vorlagen. Erstellung eines Tools zur Arztbriefschreibung.

#### Zielerreichung:

Erste Anfertigungen für Arztbrief-Vorlagen haben in Absprache mit den Verantwortlichen in den einzelnen Einrichtungen statt gefunden.

### 3. Projekt „OP-Statut“:

Verbesserung der OP-Prozesse durch klare Verantwortlichkeiten im OP-Ablauf.

#### Maßnahmen:

Bildung einer Arbeitsgruppe, Entwicklung des Konzeptes OP-Statut und Umsetzung des Konzeptes.

#### Zielerreichung:

Erste Treffen der Projektgruppe haben mit allen Verantwortlichen statt gefunden, die ersten Kapitel des Konzepts OP-Statut wurden erstellt.

#### **4. Projekt „Vereinheitlichung und Reorganisation der Dokumentation“:**

Vereinheitlichung des Dokumentenpools unter Berücksichtigung der AGAPLESION gAG Richtlinien für Dokumente.

Maßnahmen:

Alle vorhandenen Dokumente sammeln und eine Übersicht erstellen. Harmonisierung und Vereinheitlichung der Dokumente.

Zielerreichung:

Sammlung der Dokumente sowie Erstellung einer Übersicht der Dokumente ist teilweise erfolgt.

#### **5. Projekt „Einführung eines EDV-basierten Dokumentenmanagementsystems“:**

Bereitstellung eines Systems für Dokumentenmanagement, so dass alle Mitarbeitende die gültigen Dokumente anwenderfreundlich abrufen können.

Maßnahmen:

Umstellung nach Projektplan AGAPLESION Ende 2011.

Zielerreichung:

Vorbereitung der Dokumentenlisten.

#### **6. Projekt „Neuorganisation des Bereichs Aufwachraum und Ambulantes Operieren“:**

Schaffung eines neuen Aufwachraums mit 6 Plätzen und Bildung einer Organisationseinheit „Ambulantes Operieren“, so dass die Räumlichkeiten dem Bedarf angepasst sind.

Maßnahmen:

Räumlich Neuorganisation und Umbau.

Zielerreichung:

Dieses Projekt wurde 2010 abgeschlossen.

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

Die Bewertung des Qualitätsmanagements richtet sich nach den verschiedenen Aspekten, z.B.:

### **Bewertung des Behandlungsprozesses durch Patienten:**

Mittels eines Patientenbefragungsbogens wird kontinuierlich die Zufriedenheit der Patienten erhoben. Die Prinzipien Freiwilligkeit und Anonymität werden dabei gewahrt. Die Rückmeldungen werden vom QMB ausgewertet und dem Krankenhausdirektorium zur weiteren Bearbeitung übermittelt. Optimierungsvorschläge werden im Bedarfsfall abgeleitet und in die Zielplanung eingebunden. Dieser Informationsfluss fördert die kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Die Geschäftsführung erhält eine Jahresauswertung.

Die Managementbewertung und die Entwicklungsbewertung, erfolgt durch die Geschäftsführung an die übergeordnete Instanz die Gesellschaftsversammlung der HDV gemeinnützigen GmbH. Die Umsetzung der Unternehmens- und Qualitätspolitik wird reflektiert und bewertet. Ergebnisse werden mit den festgelegten Zielsetzungen verglichen. Bei Abweichungen werden Verbesserungspotentiale gesucht, Maßnahmen geplant und veranlasst. Die Durchführung wird von der Geschäftsführung überprüft. Darüber hinaus finden interne Selbstbewertungen statt, z.B.:

### **Transfusionsgesetz:**

Zwei regelmäßige Qualitätssicherungsmaßnahmen ergänzen sich: Selbstinspektion mittels eines standardisierten Prüfinstruments. Im Rahmen des Qualitätsmanagements führt der Transfusionsverantwortliche Arzt und die Leiterin QM eine interne Transfusionsgesetz-Qualitätsprüfung durch. Sie bewerten das Qualitätssicherungssystem und die Umsetzung der Verfahrensanweisung, die im Qualitätsmanagement-Transfusionsgesetz-Handbuch definiert sind.

Fremdinspektion durch den externen „Ärztlichen Qualitätsbeauftragten Hämotherapie“. Er führt Audits durch, bewertet die Ergebnisse und kontrolliert das QM-System. Er berät die Verantwortlichen hinsichtlich gegebener Verbesserungspotenziale. In einer Sitzung mit dem Krankenhausdirektorium und der Transfusionskommission werden Inhalte und Vorschläge erörtert. Auf dieser Basis wird der Qualitätsbericht-Hämotherapie einmal jährlich erstellt und an die Geschäftsführung, die Transfusionskommission und an die Landesärztekammer gesendet.

### **Arbeitssicherheit für Mitarbeitende:**

Der externe Sicherheitsbeauftragte überprüft in festgelegten Abständen die Einrichtung. Die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften wird bewertet. Im Rahmen der Arbeitssicherheitskommission werden die Bewertungen an die Verantwortlichen rückgemeldet. Es erfolgt der Bericht an die Geschäftsführung. Fortlaufend wird die Umsetzung der Abläufe überwacht und einer kritischen Bewertung unterzogen.

### **Hygiene:**

Interne und externe Kontrollen finden statt. Die Umsetzung und die Einhaltung Hygienerichtlinien werden in regelmäßigen Begehungen überwacht und hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen bewertet. Schriftliche Berichte erfolgen an die Verantwortlichen, die Hygienekommission, das Krankenhausdirektorium und die Geschäftsführung.

### **Audits: durch AGAPLESION und hausintern**

Durch systematische Qualitätsprüfungen wird sichergestellt, dass unsere Mitarbeitenden Vorgaben und festgelegte Prozesse im Rahmen des Qualitätsmanagements umsetzen. Dabei werden sie hinsichtlich ihrer Kenntnisse befragt; die Umsetzung wird stichprobenartig kontrolliert.

### **Controlling-Gespräche:**

Von vorliegenden Daten der Leistungserbringung im Rahmen des Behandlungsprozesses, insbesondere nach § 21 Daten – wie Diagnosen, operative Eingriffe, Zweiteingriffe, Verweildauer – werden in regelmäßigen Sitzungen mit der Geschäftsführung, dem Medizinischen Controlling, dem Controlling und Verantwortlichen der Einrichtung erörtert. Auf der Basis vereinbarter Kennzahlen und der bisherigen Ergebnisse erfolgt eine Bewertung. Abweichungen von Zielgrößen werden bewertet und wenn nötig Maßnahmen geplant.

### **Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung:**

Die Ergebnisse werden in der disziplinübergreifenden Arbeitsgruppe „AG Externe QS“ besprochen. Die Mitglieder sind durch das Krankenhausdirektorium benannt und von der Geschäftsführung beauftragt. Anhand der – vom QM vorstrukturierten Auswertung – erfolgt in der Arbeitsgruppe eine differenzierte Auseinandersetzung. Optimierungsmaßnahmen werden abgeleitet. Ein durch das QM verfasster „Jahresbericht – Externe vergleichende QS“ enthält in komprimierter Form die Bewertung und Vorschläge der Arbeitsgruppe. Dieser Bericht wird an die Geschäftsführung für weitere Zielplanungen übermittelt.