



AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT

QUALITÄTSBERICHT 2012

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

Erstellt am 28.02.2014



Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.....	14
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	14
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	15
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	15
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	15
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	16
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	17
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	20
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	20
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	21
A-10	Gesamtfallzahlen.....	21
A-11	Personal des Krankenhauses	22
A-12	Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	24
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	25
A-14	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	25
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	30
B-1	Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation und Sektion Gastroenterologie.....	30
B-2	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin.....	43
B-3	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	51
B-4	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	60
B-5	Psychiatrische Tagesklinik.....	68
B-6	Gerontopsychiatrische Tagesklinik.....	73

B-7	Klinik für Geriatrische Medizin	77
B-8	Geriatrische Tagesklinik.....	84
B-9	Zentrum für Palliativmedizin.....	88
B-10	Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie.....	94
B-11	Abteilung für Radiologie.....	99
B-12	Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.....	104
C	Qualitätssicherung	108
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V.....	108
C-1.1.[1]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:	108
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	206
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	206
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	206
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	206
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	207
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	207
D	PDF: Qualitätsmanagement	208

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Titel:
Vorname: Insa
Name: Planteur
Position: Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon: (0 61 51) 4 03-50 20
Fax: (0 61 51) 4 03 50-09
E-Mail: planteur.insa@eke-da.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Titel: Dipl.-Kfm.
Vorname: Michael
Name: Keller
Position: Geschäftsführer
Telefon: (0 61 51) 4 03-50 01
Fax: (0 61 51) 4 03-50 09
E-Mail: keller.michael@eke-da.de

Frankfurt am Main, im April 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Gerhard Hallenberger
Vorstand
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

bereits vor 2003 ist im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt worden. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik – von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bis zur Verwaltung – begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Umsetzung anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft wird. Dabei muss das Ergebnis für die Patienten spürbar sein und die Kundenzufriedenheit erhöht werden. Darum geht es uns!

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

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen steht Ihnen unsere Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik, Frau Insa Planteur, unter der Telefonnummer (06151) 403 – 5020 oder per E-Mail zur Verfügung: planteur.insa@eke-da.de. Weitere Informationen finden Sie unter www.agaplesion-elisabethenstift.de. Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Michael Keller, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Darmstadt, den 31. Mai 2014



Michael Keller
Geschäftsführer

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

PRÄAMBEL

Das AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS ist ein innovatives und leistungsfähiges Krankenhaus der Regelversorgung mit sektoralen Spitzenleistungen. Mit 401 Betten ist es das zweitgrößte Krankenhaus in Darmstadt.

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

Nach einer weiteren baulichen Vergrößerung wurde 1979 mit der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie eine dritte klinische Fachabteilung etabliert. Im Jahre 1998 nahm die Klinik für Geriatrische Medizin als neue Disziplin den Betrieb auf.

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

Im Jahr 2005 wurde das Diakonie-Seminar AGAPLESION für Pflegeberufe von mehreren Gesellschaftern, u. a. von der AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH, gegründet. Das Diakonieseminar bietet eine diakonisch geprägte Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege an. Seitdem werden jährlich 120 Auszubildende zukunftsorientiert auf die vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitswesen vorbereitet. Nach mehrjährigen Vorplanungen begann die Aufstockung des 1979 errichteten Hauptgebäudes um zwei Ebenen. 2005 konnte der Neubau in Betrieb genommen werden, in dem heute alle somatischen Kliniken untergebracht sind. Das Krankenhaus wurde 2013, nach bereits erfolgreich vorangegangenen KTQ®-Zertifizierungen, erstmals nach DIN EN ISO 9001:2008 iVm. Geriatricsiegel zertifiziert.

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

Das Leistungsspektrum im Überblick:

Kliniken:

• Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation	103 Planbetten (11 Planbetten)
• Allgemein- und Viszeralchirurgie	46 Planbetten
• Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	46 Planbetten
• Geriatrische Medizin	40 Planbetten
• Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	108 Planbetten
• Belegabteilung für Hals-Nasen-, Ohrenheilkunde	6 Planbetten

Tageskliniken:

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

Gesamtsumme 401 Planbetten/Plätze

Medizinische Fachabteilungen und Funktionseinheiten:

- Interdisziplinäre Intensivmedizin
- Magen-Darm-Zentrum für die Behandlung aller Erkrankungen des Magens und des Darmes unter Beteiligung von
 - Gastroenterologie und
 - Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Zentrum für Palliativmedizin
- Radiologie inkl. 3-Tesla-Gerät
- Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie
- Patientenmanagement (Zentrale Aufnahme)
- Interdisziplinäre Notaufnahme
- Endoskopie
- Physikalische Therapie
- Psychiatrische Institutsambulanz
- Zentrum für Alterstraumatologie
Für die Unfallchirurgie und die Geriatrie stellt die Versorgung älterer verletzter Menschen eine der wesentlichen Herausforderungen der Zukunft dar - sowohl in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht. Die Interdisziplinäre Alterstraumatologie (IDA) am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT fasst als Teil des Zentrums für Alterstraumatologie (ZAT) auf einer Station fächerübergreifend sowohl die Unfallchirurgie als auch die Geriatrie und die Rehabilitative Medizin zu einem integrierten Behandlungsteam zusammen. Dieses wird durch speziell ausgebildete Ärzte, Pflegekräfte, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Sozialarbeiter komplettiert.

Kooperationen:

- Darmzentrum am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT in Darmstadt (Kooperation des Magen-Darm-Zentrums mit niedergelassenen Kooperationspartnern zur Behandlung von an Darmkrebs erkrankten Patienten)
- Lungenzentrum Darmstadt (in Kooperation mit Facharztpraxen)
- Diakonie-Seminar AGAPLESION für Pflegeberufe
- Schlaflabor (DGSM)
- Schilddrüsenzentrum Südhessen am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT in Darmstadt
- Kardiologie Mathildenhöhe

- Traumatologisches Zentrum Mathildenhöhe
- Zentrum für Hospiz- und Palliativversorgung
 - Zentrum für Palliativmedizin (mit Palliativstation, Ambulantes Palliativteam und PaNDa (PalliativNetzDarmstadt))
- EndoProthetikZentrum Elisabethenstift am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT

Ärztehaus:

- Medizinisches Versorgungszentrum Darmstadt
 - Neuro-Psychiatrisches Zentrum
 - Koloproktologie (Enddarmleiden)
 - Schmerztherapie
 - Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin, Intensivmedizin
- Facharzt-Praxen für
 - Anästhesie und Ambulantes Operieren
 - Pneumologie
 - Endokrinologie
 - Urologie
 - HNO-Heilkunde
 - Plastische Chirurgie

Für weitere Informationen besuchen Sie www.agaplesion-elisabethenstift.de oder treten Sie in Kontakt mit unserer Qualitätsmanagementbeauftragten Frau Insa Planteur, erreichbar unter:

Telefon: (0 61 51) 4 03 - 50 20

Fax: (0 61 51) 4 03 - 50 09

E-Mail: planteur.insa@eke-da.de

Die Kliniken

In der **Klinik für Innere Medizin** werden Patientinnen und Patienten aus dem Gesamtgebiet des Faches behandelt. Dies betrifft insbesondere das Herz-Kreislauf-System, den Magen-Darm-Trakt, Lunge und Atemwege, Blut- und Tumorerkrankungen sowie den Stoffwechsel. Integriert in die Klinik für Innere Medizin ist das kooperativ mit einer Facharzt-Praxis betriebene Schlaflabor (akkreditiert von der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin - DGSM). Im Magen-Darm-Zentrum besteht im Falle notwendiger Eingriffe eine enge Kooperation mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Schwerpunkte der **Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie** sind Operationen – auch minimalinvasive – an der Schilddrüse, der Gallenblase, dem Dick- und Dünndarm, dem Magen, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, dem Blinddarm, am Enddarm sowie anderen Bauchorganen. Die Behandlung gastroenterologischer Erkrankungen im Magen-Darm-Zentrum erfolgt zusammen mit den Gastroenterologen der Klinik für Innere Medizin. Weiterhin erfolgen die Anlagen von Dialyseshunt und die Implantation von Herzschrittmachern in Zusammenarbeit mit den Kardiologen der Klinik für Innere Medizin.

Ein Schwerpunkt der **Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin** ist das Gebiet des künstlichen Gelenkersatzes (Endoprothetik), in dem langjährige Erfahrungen bestehen (einschließlich Wechseloperationen). Darüber hinaus werden in der Unfallchirurgie neben der Operation und Behandlung von Extremitätenverletzungen (Arme und Beine) auch leichte bis mittelschwere Schädel-Hirn-Verletzungen sowie Verletzungen des Brustraums behandelt. An der Wirbelsäule werden – mit Ausnahme von Verletzungen mit schweren neurologischen Störungen (Querschnittlähmung) – alle Arten von Eingriffen durchgeführt. Damit gehören nahezu alle Formen von Unfall- und Sportverletzungen (mit Ausnahme schwerer Kopfverletzungen und der Behandlung von Schwerstverletzten) zum Behandlungsspektrum der Klinik.

Das Behandlungskonzept der **Klinik für Geriatrische Medizin** ist auf die Besonderheiten von Krankheit im Alter und den speziellen Versorgungsbedarf alter Menschen ausgerichtet. Dabei liegen die Schwerpunkte in der aktivierenden Pflege und in physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen. Behandlungsziel ist es, alten Menschen wieder zu weitgehender Selbstständigkeit zu verhelfen, die Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung zu ermöglichen und das Fortschreiten der vorliegenden Erkrankung durch vorbeugende Maßnahmen zu verhindern. An der Therapie und Versorgung sind neben Ärzten und Pflegekräften - je nach Erfordernis - Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden und Sozialarbeiter beteiligt.

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

Die **Interdisziplinäre Notaufnahme** bietet für ambulante und stationäre Patienten rund um die Uhr (24 Stunden) eine Notfallversorgung - auch bei Arbeitsunfällen (BG-Zulassung).

Die professionelle **Pflege** basiert auf dem christlichen Menschenbild, das sich aus der Ethik des Neuen Testaments (Nächstenliebe und Barmherzigkeit) ableitet. Die Würde des Menschen unter Beachtung seiner sozialen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse wird durch persönliche Zuwendung, Präsenz und Kontinuität in der Pflege geachtet. Dazu gehört auch, dass Menschen in der letzten Lebensphase nicht alleine gelassen, sondern sie sowie ihre Angehörigen begleitet werden.

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS unterstützen den Gesundheits- und Behandlungsprozess nach den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Die pflegerische Betreuung wird von qualifizierten Pflegekräften durchgeführt.



Von links: Birgit Steindecker (Pflegedirektorin) und Anja Bert (stv. Pflegedirektorin)

Die Patientinnen und Patienten des Krankenhauses werden während des Betreuungsprozesses über alle wichtigen Maßnahmen und Abläufe gut verständlich und ausführlich informiert und ihre Fragen gerne beantwortet. Außerdem steht das Personal des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen auch bei anderen Fragen zur Gesundheit und einer angepassten Lebensführung beratend zur Seite. Bei Bedarf wird der Kontakt zu nachsorgenden Einrichtungen hergestellt und der erforderliche Informationsaustausch sichergestellt, um den langfristigen Heilungserfolg nachhaltig zu unterstützen.

Unser Qualitätsversprechen

Grundlagen für die hohe Qualität unserer Arbeit sind vor allem fachliche Kompetenz, persönliche Zuwendung und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir respektieren sie als Individuen mit ihren körperlichen, seelischen und geistigen Bedürfnissen. Wir betreuen unsere Patientinnen und Patienten so, dass sie sich in unserem Krankenhaus gut aufgehoben fühlen. Als diakonisches Unternehmen hat der seelsorgerische Beistand für uns eine besondere Bedeutung.

Als kompetenter Anbieter von stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsdienstleistungen erbringen wir einen wesentlichen Beitrag zu einer differenzierten medizinischen Versorgung in der Region. Neben Diagnostik, Therapie und Pflege bieten wir Leistungen in Prävention, Beratung, Schulung und Wiedereingliederung an. Wir leisten eine effektive Diagnostik und Therapie sowie eine individuelle Pflege, womit vor allem das für die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten Angemessene unter Berücksichtigung des medizinisch Machbaren erreicht werden soll.

Die Gesamtleitung, vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Michael Keller, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



Von links: Prof. Dr. med. Wolfgang Schneider (Ärztlicher Direktor), Michael Keller (Geschäftsführer), Birgit Steindecker (Pflegedirektorin), Andreas Hofmann (Finanzdirektor), Lars Römermann (Personalleiter), Frank Huhn (Leitung Seniorenresidenz)

W. Schneider

Prof. Dr. med. W. Schneider
Ärztlicher Direktor

B. Steindecker

B. Steindecker
Pflegedirektorin

M. Keller

M. Keller
Geschäftsführer

L. Römermann

L. Römermann
Personalleiter

F. Huhn

F. Huhn
Leitung Seniorenzentrum

A. Hofmann

A. Hofmann
Finanzdirektor

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH
Geschäftsführung: Michael Keller
Sekretariat: Dagmar Luda
Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt
Telefon: (0 61 51) 4 03-50 01
Fax: (0 61 51) 4 03-50 09
E-Mail: info@eke-da.de

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Schneider
Sekretariat: Andrea Fiedler
Telefon: (0 61 51) 4 03-10 01
Fax: (0 61 51) 4 03-10 09
E-Mail: schneider.wolfgang@eke-da.de

Pflegedirektorin: Birgit Steindecker
Stellv. Pflegedirektorin: Anja Bert
Sekretariat: Jutta Gruner/ Veronika Groß
Telefon: (0 61 51) 4 03-77 01
Fax: (0 61 51) 4 03-77 09
E-Mail: steindecker.birgit@eke-da.de

Ansprechpartner:

Leistungsabrechnung / Medizinisches Controlling: Kristina Hornung
Telefon: (0 61 51) 4 03-51 00
Fax: (0 61 51) 4 03-51 09
E-Mail: hornung.kristina@eke-da.de

Qualitätsmanagementbeauftragte: Insa Planteur
Telefon: (06151) 4 03-50 20
Fax: (06151) 4 03-50 09
E-Mail: planteur.insa@eke-da.de

Unternehmenskommunikation: Corinna Kern
Telefon: (06151) 4 03-50 05
Fax: (06151) 4 03-50 09
E-Mail: kern.corinna@eke-da.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

IK-Nummer: 260641301

Standortnummer: 00

Krankenhausname: AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

Hausanschrift: Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

Telefon: (0 61 51) 403-0

Fax: (0 61 51) 403-80 80

E-Mail: info@eke-da.de

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



AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

Ärztliche Leitung

Person: Prof. Dr. med. Wolfgang Schneider
Position: Ärztlicher Direktor
Telefon | Fax: (0 61 51) 4 03-10 01 | (0 61 51) 4 03-10 09
E-Mail: schneider.wolfgang@eke-da.de

Pflegedienstleitung

Person: Birgit Steindecker
Position: Pflegedirektorin
Telefon | Fax: (0 61 51) 4 03-77 01 | (0 61 51) 4 03-77 09
E-Mail: steindecker.birgit@eke-da.de

Verwaltungsleitung

Person: Dipl.-Kfm. Michael Keller
Position: Geschäftsführer
Telefon | Fax: (0 61 51) 4 03-50 01 | (0 61 51) 4 03-50 09
E-Mail: keller.michael@eke-da.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gemeinnützige GmbH

Art: Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Ja
Universität: Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main, Evangelische Hochschule Darmstadt, Universität Pecs/Ungarn

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

Von der strukturierten Aufnahme und Steuerung über das Patientenmanagement, die Bereichspflege mit einer höchstmöglichen Kontinuität auf Station, bis hin zum Entlassmanagement, das eine nachstationäre Versorgung des Patienten gewährleistet, werden die bestmöglichen Leistungen erbracht.

- **Kinästhetik (MP21)**

Die Auszubildenden des Krankenhauses erhalten in ihrer theoretischen Ausbildung von einer Trainerin einen Grundkurs Kinästhetik in der Pflege. In der praktischen Ausbildung werden sie in der Umsetzung von der Kliniklehrerin (Kinästhetiktrainerin) und der Praxisanleiterin unterstützt.

- **Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)**

Das Ambulante Therapiezentrum bietet neben der stationären auch eine ambulante Versorgung der Patienten an, so dass insbesondere auch nach der Entlassung die Therapie bei den gewohnten Therapeuten weitergeführt werden kann, z.B. Wärme- u. Kältetherapie, Ultraschall- und Elektrotherapie, Kinesio-Taping.



Team des Ambulanten Therapiezentrums

- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**

Diese Angebote können nach Abschluss der Behandlung bei Verordnung durch den behandelnden Arzt im Ambulanten Therapiezentrum weitergeführt werden, z.B. Krankengymnastik am Gerät, manuelle Therapie, Sportphysiotherapie, Schlingentisch (Traktionsbehandlung), Atemtherapie, Gangschule.

- **Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)**

Mit Unterstützung der Krankenkassen bietet die Abteilung für Physikalische Therapie Wirbelsäulengymnastik im ambulanten und stationären Bereich an.

- **Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)**

Monatlich findet eine Vortragsveranstaltung „Medizin im Dialog“ und „Pflege im Dialog“ durch die Ärzte bzw. Fachexperten zu unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Themen statt. 2012 wurden insgesamt 22 Vorträge für Interessierte gehalten.

- **Stomatherapie/-beratung (MP45)**

- **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**

- Wundmanagement (MP51)
- Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)
- Basale Stimulation (MP06)
- Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)
- Diät- und Ernährungsberatung (MP14)
- Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)
- Ergotherapie/Arbeitstherapie (MP16)
- Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)
- Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie (MP23)
- Manuelle Lymphdrainage (MP24)
- Massage (MP25)
- Musiktherapie (MP27)
- Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)
- Schmerztherapie/-management (MP37)
- Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie (MP44)
- Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)
- Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)



Kreativtherapie/ Kunsttherapie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum (NM01)

Kommentar: Auf jeder Station befinden sich Aufenthaltsräume.

Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen (NM60)

Kommentar: Nähere Informationen erhalten Sie von den Mitarbeitern des Entlassmanagements und vom Stationspersonal.

Ein-Bett-Zimmer (NM02)

Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM03)

Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (NM14)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 0,00€
Kommentar: Kostenfrei.

Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen (NM49)

Kommentar: Monatlich finden unterschiedliche Informationsveranstaltungen zu Medizin und Pflege statt.

Geldautomat (NM48)

Kommentar: Im Foyer des Krankenhauses steht ein Geldautomat zur Verfügung.

Internetanschluss am Bett/im Zimmer (NM15)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 0,00€
Kommentar: Internetanschluss ist über W-LAN in allen Zimmern kostenlos. Nähere Informationen können Ihnen die Mitarbeiter am Empfang geben.

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

Zusatzangaben: Kosten pro Stunde maximal: 1,30€
Kosten pro Tag maximal: 13,00€

Kommentar: Die erste halbe Stunde ist kostenfrei. Ab 21.30 Uhr bis 05.00 Uhr ist das Parken ebenfalls kostenfrei.

Rooming-in (NM07)

Kommentar: In begründeten Fällen ist es möglich, eine Begleitperson kostenfrei im Krankenhaus mitaufzunehmen. Weitere Informationen dazu erhalten Sie vom Stationspersonal und im Patientenmanagement.

Rundfunkempfang am Bett (NM17)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 0,00€
Kommentar: Der Empfang der Radio- und Fernsehprogramme ist kostenfrei.

Seelsorge (NM42)

Das Team der Seelsorge:
Von links:
Agnes Dörr-Roet,
Andrea Fröhlich,
Johannes Löffler-Dau,
Eva Engler-Kniep



Telefon am Bett (NM18)

Zusatzangaben:

Kosten pro Tag: 1,50€

Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,01€

Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€

Kommentar:

Pro Tag wird eine Nutzungsgebühr von 1,50 € erhoben. Für jede Einheit in das dt. Festnetz wird eine Gebühr von 0,01 Cent erhoben.

Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) (NM09)

Wertfach/Tresor am Bett/Im Zimmer (NM19)

Andachtsraum (NM67)



Der Raum der Stille

Zwei-Bett-Zimmer (NM10)

Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM11)

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

- Arbeit mit Piktogrammen (BF14)
- Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)
- Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)
- Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)
- Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (BF09)
- Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)
- Besondere personelle Unterstützung (BF11)
- Diätische Angebote (BF24)
- Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal (BF26)
- Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit (BF28)

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

Es bestehen Lehraufträge an folgenden Hochschulen und Universitäten:

- Lehrauftrag an der Universität Frankfurt am Main
- Lehrauftrag an der Universität Heidelberg
- „Bedside Teaching“ im Krankenhaus für die Universität Frankfurt.

Zusätzlich werden medizinische Doktorarbeiten betreut.

- **Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten (FL04)**

Im Rahmen der Ausbildung der Evangelischen Hochschule wird für die Studierenden „Bedside Teaching“, d.h. Praxiseinsätze auf den Stationen mit direktem Patientenkontakt, angeboten.

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

Die Möglichkeit zur Famulatur besteht in allen Kliniken.

- **Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher (FL08)**

Der Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist Mit-Herausgeber der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- **Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)**
Jährlich werden bis zu 16 Auszubildende des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS zukunftsorientiert auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen vorbereitet und in theoretischen sowie praktischen Ausbildungsstunden als Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ausgebildet.
- **Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) (HB07)**
Als ein Trägerkrankenhaus des Diakonieseminars AGAPLESION bieten wir mit dem Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Wiesbaden Ausbildungsplätze für OTAs an. Die praktische Ausbildung erfolgt u.a. am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS.
- **Ergotherapeut und Ergotherapeutin (HB06)**
Die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist praktischer Ausbildungsort für Ergotherapeuten der Hochschule Fresenius.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 401

A-10 Gesamtfallzahlen

Im Folgenden wird der Umfang der Leistungen dargestellt.

Dabei wird zunächst die Anzahl der „vollstationär“ behandelten Patienten wiedergegeben.

Bei den ambulanten Leistungen wird zum einen die „Fallzählweise“ genutzt, d.h. jeder ambulante Kontakt eines Patienten oder einer Patientin mit den Fachabteilungen wird gezählt. Anders ausgedrückt wird unter „Patientenzählweise“ dargestellt, wie viele ambulante Patientinnen und Patienten im Jahr 2012 im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS behandelt wurden, unabhängig von der Anzahl der Kontakte pro Patient.

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

Vollstationäre Fallzahl: 11451
Teilstationäre Fallzahl: 665
Ambulante Fallzahl: 26299

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	82,0 Vollkräfte	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	41,7 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2 Personen	siehe HNO-Belegabteilung
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,0 Vollkräfte	

A-11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	199,2 Vollkräfte	3 Jahre	Alle Stationen werden jeweils durch eine Leitung mit Weiterbildung zur „Leitung- einer Stations- bzw. Funktionseinheit“ geführt.
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	4,2 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	11,3 Vollkräfte	2 Jahre	Dies beinhaltet ebenfalls Stationshilfen und –sekretariate.
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	5,7 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	9,2 Vollkräfte	ab 200 Stunden Basis	Diese sind z.T. auf den Stationen eingesetzt.
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	1,8 Vollkräfte	3 Jahre	

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27)	2,0	
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)	7,0	Insgesamt werden acht Wundmanager beschäftigt. Eine Wundmanagerin ist abteilungsübergreifend tätig. Daher werden die Stellenanteile auf die einzelnen Fachabteilungen berechnet.
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	18,6	
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin (SP35)	0,3	
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	6,5	
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)	2,9	Die Psychologischen Psychotherapeuten verfügen ebenfalls über den Titel zum Diplom-Psychologen.
Logopäde und Logopädin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)	1,1	
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)	7,2	
Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte (SP02)	8,0	Ein Großteil dieses Personals entfällt auf den Bereich Patientenmanagement.
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)	1,0	
Musiktherapeut und Musiktherapeutin (SP16)	0,3	
Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05)	10,0	Die Ergotherapeuten bilden auch Kunst- und Gestaltungstherapie mit ab.
Diätassistent und Diätassistentin (SP04)	3,0	
Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin (SP13)	1,0	
Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) (SP56)	7,0	
Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin (SP20)	0,5	
Personal mit Zusatzqualifikationen nach Bobath oder Vojta (SP32)	3,0	

A-11.4 Hygienepersonal

	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 Person
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	6 Personen
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1 Person
Hygienebeauftragte in der Pflege	7 Personen

Hygienekommission eingerichtet: Ja

Vorsitzende/ -er: Prof. Dr. med. Wolfgang Schneider

A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Position: **Dipl.-Kffr. (FH) Insa Planteur**
Qualitätsmanagementbeauftragte
Straße / Hausnummer: Landgraf-Georg-Str. 100
PLZ / Ort: 64287 Darmstadt
Telefon: (0 61 51) 4 03-50 20
Fax: (0 61 51) 4 03-50 09
E-Mail: planteur.insa@eke-da.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Apparative Ausstattung	24h	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Ja	In Kooperation mit der Abteilung für Radiologie.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Nein	In Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Nein	In Kooperation mit niedergelassenen Ärzten.
AA50	Kapselendoskop	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja	3-Tesla-MRT; in Kooperation mit der Abteilung für Radiologie.
AA30	Single-Photon-Emissions-computertomograph (SPECT)	Ja	Untersuchungen können von der Praxis aus organisiert werden.
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Ja	Untersuchungen können von der Praxis aus organisiert werden.
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Ja	Kooperation mit einer niedergelassenen Facharzt-Praxis im Ärztehaus am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS.
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Ja	

A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Ein Ansprechpartner für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.

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

Kontakt: Birgit Steindecker
T (0 61 51) 4 03-77 01
steindecker.birgit@eke-da.de

Weiterführende Informationen zum Meinungsmanagement finden sich im Teil D Qualitätsmanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt

Aussage: Ja

Kommentar: Das Lob- und Beschwerdemanagement, unser sogenanntes Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung „Meinungsmanagement“ entschieden, weil dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst.

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)

Aussage: Ja

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

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden

Aussage: Ja

Kommentar: Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige oder Besucher gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren freundlichen Mitarbeiter äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch Frau Steindecker, Pflegedirektorin und Meinungsmanagementbeauftragte, nimmt gerne Meinungen entgegen.

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden

Aussage: Ja

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

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

Aussage: Ja

Kommentar: Die Rückmeldung an den Meinungsführer liegt innerhalb einer festgelegten Frist (optimal innerhalb von 5 Tagen), sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt.

Patientenbefragungen

Aussage: Ja

Kommentar:

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

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

Einweiserbefragungen

Aussage: Ja

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Titel:

Vorname:

Birgit

Name:

Steindecker

Position:

Pflegedirektorin

Straße:

Landgraf-Georg-Str.

Hausnummer:

100

Postleitzahl:

64287

Ort:

Darmstadt

Telefon:

(0 61 51) 4 03-77 01

Fax:

(0 61 51) 4 03-77 09

E-Mail:

steindecker.birgit@eke-da.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

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

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Titel:
Vorname: Ingrid
Name: Murr
Position: Patientenfürsprecherin
Straße: Landgraf-Georg-Str.
Hausnummer: 100
Postleitzahl: 64287
Ort: Darmstadt
Telefon: (0 61 51) 4 03-76 30

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Titel:
Vorname: Barbara
Name: Keilich
Position: Patientenfürsprecherin
Straße: Landgraf-Georg-Str.
Hausnummer: 100
Postleitzahl: 64287
Ort: Darmstadt
Telefon: (0 61 51) 4 03-76 30

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Sprechzeiten:
Ingrid Murr: donnerstags 10.30 bis 11.30 Uhr
Barbara Keilich: montags 10.00 bis 11.00 Uhr



Patientenfürsprecherinnen:
Von links: Ingrid Murr, Barbara Keilich

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Titel:
Vorname: Birgit
Name: Steindecker
Position: Pflegedirektorin
Telefon: (0 61 51) 4 03-77 01
Fax: (0 61 51) 4 03-77 09
E-Mail: steindecker.birgit@eke-da.de

Zusatzinformationen Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Telefon: (0 61 51) 4 03-77 01
Link zum Kontakt: <http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/5040.html>
E-Mail: steindecker.birgit@eke-da.de

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation und Sektion Gastroenterologie

B-1.1 Allgemeine Angaben

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

Die Sektion Gastroenterologie versorgt Patienten mit Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens, des Zwölffingerdarms, der Leber inklusive Gallenwege, der Bauchspeicheldrüse und des Dünn- bzw. Dickdarms unter Einbeziehung der Erkrankungen des Darmausganges. In diesen Bereichen wird ein umfassendes Programm an Diagnostik und Therapie angeboten. Es erfolgt eine sehr enge Zusammenarbeit in dem bereits im Jahre 2004 gegründeten Interdisziplinären Darm-Zentrum mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie auf der Station A11/A12. Ein wichtiger Bestandteil dieser Kooperation ist die gemeinsame Fallbesprechung. D.h. regelmäßig finden terminierte Gesprächsforen aller mit der Behandlung befassten Spezialisten statt, mit dem Ziel eine optimale Behandlungsstrategie zu entwickeln. Eine dieser Fallsprechungen ist speziell für Patienten mit Tumorerkrankungen ausgerichtet (sogenanntes „Tumorboard“). Diesem Forum haben sich Ärzte und assoziierte Einrichtungen (z. B. Onkologen, Strahlentherapeuten, Pathologen u. a.) Darmstadts und der Umgebung angeschlossen. Auf diesem Weg wird auch die Überleitung von der Praxis in das Krankenhaus optimiert und unvorteilhafte Doppeldiagnostik vermieden. In 2009 wurde, in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, das „Darm-Zentrum am Elisabethenstift Darmstadt“ von OnkoZert zertifiziert. 2012 wurde die hervorragende Qualität in einer erfolgreichen Re-Zertifizierung erneut bestätigt.

Daneben wird der kontinuierliche Ausbau des Magen-Darm-Zentrums für alle Erkrankungen in diesem Bereich betrieben, um der gastroenterologischen Versorgung von Patienten Rechnung zu tragen.

Fachabteilung: Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation und Sektion Gastroenterologie

Chefarzt: Prof. Dr. med. Wolfgang Schneider (Innere Medizin, Kardiologie, Internistische Intensivmedizin, Palliativmedizin)

Ansprechpartner: Sekretariat: Andrea Fiedler
Hausanschrift: Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

Telefon: (0 61 51) 4 03-10 01
Fax: (0 61 51) 4 03-10 09

E-Mail: schneider.wolfgang@eke-da.de
URL: <http://www.agaplesion-elisabethenstift.de>



Leitender Oberarzt und Sektionsleiter Gastroenterologie
Dr. med. Andreas Große
(Innere Medizin, Gastroenterologie)
Tel.: (0 61 51) 4 03-19 12 (Patientenmanagement)
Fax: (0 61 51) 4 03-19 19
EMail: grosse.andreas@eke-da.de

Oberarzt Klinik für Innere Medizin, Interdisziplinäre Intensivstation, Leiter Zentrale Notaufnahme
Dr. med. Jens Büttner
(Innere Medizin, Internistische Intensivmedizin, Notfallmedizin,
Ernährungsmediziner DAEM/DGEM)
Tel.: (0 61 51) 4 03-19 03
Fax: (0 61 51) 4 03-19 09
EMail: buettner.jens@eke-da.de

Oberarzt Klinik für Innere Medizin
Dr. med. Christoph Rieder-Nelissen
(Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Notfallmedizin)
EMail: rieder-nelissen.christoph@eke-da.de

Oberarzt Klinik für Innere Medizin
Dr. med. Daniel Schmitz
(Innere Medizin, Gastroenterologie, Notfallmedizin, Diabetologie)
EMail: schmitz.daniel@eke-da.de

Oberarzt Klinik für Innere Medizin
Dr. med. Jan Niemeyer
(Innere Medizin, Gastroenterologie, Notfallmedizin)
EMail: niemeyer.jan@eke-da.de

B-1.2 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation und Sektion Gastroenterologie

- **Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)**
Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:
 - Mikrobiologische und immunologische Diagnostik
 - Antibiotika-Therapie
 - Intensivmedizinische Betreuung
 - Kontrollierte Beatmung
- **Defibrillatoreingriffe (VC06)**
Defibrillatoreingriffe finden in Kooperation mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie statt. Es werden Ein- und Zweikammeraggregate sowie frequenzadaptive Systeme eingesetzt und im Rahmen einer Spezialsprechstunde nachbetreut (Herzschrittmacher- und Defibrillator-Sprechstunde).
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**
Die Diagnostik und Therapie kann mittels Langzeit-Blutdruckmessung (ABDM), farbkodierten Ultraschallverfahren und / oder MR-Angiographie (Radiologie) erfolgen.



- **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)**

Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:

- Bodyplethysmographie
- Rechtsherzkatheter
- Ultraschalldiagnostik
- Therapie mit Vasodilantien

- **Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)**

Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:

- Allergiediagnostik
- Desensibilisierung

- **Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) (VI23)**

Es besteht die Möglichkeit zur Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) mit Ausnahme von komplexen Immuntherapien, die an entsprechend qualifizierte Zentren verwiesen werden.

- **Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)**

Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:

- Serologische Diagnostik
- Spezifische pharmakologische Therapie

- **Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)**

Es erfolgt eine strukturierte Beratung bei Diabetes mellitus durch eine Diabetesberaterin. Des Weiteren ist ein ärztlicher Mitarbeiter als Diabetologe qualifiziert. Ggf. wird zusätzlich ein endokrinologisches Konsil durch einen am Ärztehaus niedergelassenen Arzt durchgeführt.

- **Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)**

Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:

- Liquorpunktion
- Bildgebende Verfahren (CCT, MRT)
- Antibiotika-Therapie
- Intensivmedizinische Betreuung

- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**

Im Lungenzentrum Darmstadt, das gemeinsam mit Facharztpraxen betrieben wird, stehen alle modernen diagnostischen und therapeutischen Verfahren zur Verfügung. Im klinikeigenen Zentrum für Endoskopie kann modernste endoskopische Lungendiagnostik und -therapie optimal praktiziert werden.

- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)**

Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:

- Sonographie
- Endosonographie
- ERCP
- Steinextraktion und –zertrümmerung
- Dilatation/ Stentimplantation
- Perkutane Ableitung der Gallenflüssigkeit
- Sphinkterotomie

- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)**

Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:

- Prokto- / Rektoskopie
- Hämorrhoidenligatur
- Polypektomie
- Dilatationsbehandlung

- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)**

Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:

- Ösopho-Gastro-Duodeno-Jejuno-Stropie
- Polypentfernung
- Laserverfahren
- Endoskopische Blutstillung
- Ösophagusvarizenligatur



Das Team der Endoskopie

- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)**

Kooperation mit dem Zentrum für Geriatrische Medizin

- **Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)**
Zur Diagnostik bzw. Therapie können eingesetzt werden:
 - Labordiagnostik
 - Antikoagulantientherapie
 - Selbstkontrolle der Antikoagulation (Schulungskurse)

- **Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)**
In die Patientenbetreuung ist eine hämatologisch-onkologische Schwerpunktpraxis mit einbezogen (Konsiliarsystem):
 - Labordiagnostik
 - Knochenmarkspunktion
 - Therapie mit Wachstumsfaktoren
 - Chemotherapie

- **Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)**
Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:
 - Langzeit-EKG-Monitoring
 - Event-Recorder
 - Pharmakologische Therapie
 - Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie
 - Elektro-Kardioversion

- **Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)**
Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:
 - Labordiagnostik
 - Serologie
 - Moderne bildgebende Verfahren
 - Antibiotikatherapie
 - Immuntherapie

- **Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)**
Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:
 - Belastungs-EKG
 - Stress-Echo
 - Herzkatheter-Diagnostik
 - Farbdopplerechokardiographie

- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)**
 - Farbduplexsonographie

- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)**

Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:

- Pleurapunktionen
 - Peurodesen
 - Drainagetechniken
 - Chemotherapie
 - Pneumothoraxbehandlung
-
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)**
Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:
 - Doppler inkl. Farbdopplersonographie
 - Venenkompressionssonographie
-
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)**
Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:
 - Serologische Diagnostik
 - Basistherapie
 - Immuntherapie, monoklonale Antikörper
-
- **Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)**
In die Patientenbetreuung ist eine nephrologische Schwerpunktpraxis mit einbezogen (Konsiliarsystem). Auf der interdisziplinären Intensivstation können auch folgende Behandlungen durchgeführt werden:
 - Dialysebehandlungen
 - Sonographie
 - MR-Angiographie (Radiologie)
-
- **Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)**
 - Diagnostik und Therapie solider Tumoren
 - Knochenmarkszytologie, -biopsie
 - Kooperation mit Facharztpraxis
 - Pathologie und Schwerpunktzentrum
-
- **Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)**
 - **Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)**
Die Klinik betreibt in Kooperation mit einer pneumologischen Fachpraxis ein akkreditiertes (DGSM) Schlaflabor zur Diagnostik und Therapie von schlafbezogenen Atemstörungen, wie z.B.:
 - Einstellung auf druckunterstützte Beatmung (CPAP, BiPAP)
 - Multiple-Schlaflatenz-Test
 - Maskenanpassung

- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)**
- **Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)**
Zur Diagnostik und Therapie können eingesetzt werden:
 - Duplexsonographie (Halsgefäße)
 - EEG
- **Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)**
Farbduplexsonographie
MR-Angiographie (Radiologie)
- **Endoskopie (VI35)**
Durchführung sämtlicher nicht-invasiver und invasiver Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Dazu zählen u.a.: Magen-, Darm- und Gallengangs-Endoskopien (NBI), Helicobacter-Diagnostik und -Therapie, 24-Stunden-Notfallversorgung von akuten Blutungen sowie weitere diagnostische und therapeutische Verfahren.
- **Intensivmedizin (VI20)**
Die Interdisziplinäre Intensivstation verfügt über elf Betten. Schwerpunkte stellen die invasiven und nicht-invasiven Beatmungsverfahren, die postoperative Betreuung kritisch Kranker sowie die kardiologische, pneumologische und gastroenterologische Intensivmedizin dar.
- **Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)**
Zur Therapie können eingesetzt werden:
 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
 - Infusionstherapie
 - Vasoaktive Substanzen
- **Schrittmachereingriffe (VC05)**
In Kooperation mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie werden alle modernen Ein- und Zweikammersysteme implantiert und nachbetreut (Herzschrittmacher-Spezialsprechstunde):
 - Ein- und Zweikammerschrittmacher
 - Frequenzadaptive Systeme
 - Event-Recorder
- **Spezialsprechstunde (VI27)**
Es stehen zur Verfügung:
 - Herzschrittmacher- und Defibrillatorambulanz
 - Gastroenterologische Sprechstunde
 - Pneumologische/Allergologische Sprechstunde
 - Somnologische Sprechstunde
- **Transfusionsmedizin (VI42)**

Dies wird in Kooperation mit dem Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie angeboten. Weitere Informationen sind bei dieser Abteilung dargestellt.

B-1.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation und Sektion Gastroenterologie

S. Kapitel A-7

B-1.4 Fallzahlen - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation und Sektion Gastroenterologie

Vollstationäre Fallzahl: 4517

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.5 Hauptdiagnosen nach ICD

An dieser Stelle können Sie sich einen Eindruck über die behandelten Erkrankungen bilden. Zu beachten ist hierbei, dass in der ersten Tabelle (Kapitel B-1.6.1) nur Hauptdiagnosen genannt werden, d.h. Begleiterkrankungen, die gleichzeitig behandelt werden, finden in dieser Tabelle keine Darstellung. Daher übersteigen die tatsächlichen Behandlungszahlen die hier angegebenen.

B-1.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	283	Herzschwäche
2	J44	228	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
3	J18	170	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
4	K29	167	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
5	R55	146	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
6	G47	142	Schlafstörung
7	N39	99	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
8	C34	96	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
9	I48	86	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
10	A09	82	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
11	I10	77	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
12	K59	77	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
13	E11	76	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
14	F10	72	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
15	R07	68	Hals- bzw. Brustschmerzen

B-1.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-1.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1355	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-710	1217	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
3	1-713	945	Messung der in der Lunge verbleibenden Luft nach normaler Ausatmung mit der Helium-Verdünnungsmethode
4	1-711	944	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird
5	8-930	717	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
6	1-440	709	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
7	1-653	567	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
8	1-650	557	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
9	8-980	497	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
10	9-401	394	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
11	8-800	344	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
12	5-513	307	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
13	1-790	264	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes
14	1-642	221	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
15	8-831	205	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist

B-1.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chefarztambulanz, Schwerpunkt: Innere Medizin - Kardiologie

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

Gastroenterologische/ Endoskopische Ambulanz

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

Gastroenterologische/ Endoskopische Ambulanz

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

Herzschrittmacherambulanz

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Kommentar	Drei Monate nach Implantation eines Herz-Schrittmachers oder Defibrillators im Hause, darüber hinaus mit Überweisungsschein von Fachärzten Innere Medizin / Kardiologie

Internistische Ambulanz

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Notaufnahme

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

Pneumologische Ambulanz

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Angebotene Leistung Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)

B-1.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	181	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	5-452	47	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
3	1-444	40	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
4	5-429	22	Sonstige Operation an der Speiseröhre
5	5-378	10	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators
6	1-642	< 4	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
7	5-377	< 4	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)
8	5-490	< 4	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters
9	5-492	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges

B-1.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.10 Personelle Ausstattung

B-1.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	24,0 Vollkräfte	0,00531	Bestehende Weiterbildungsermächtigung im Gebiet „Innere Medizin“ für fünf (neue WBO nach der Weiterbildungsordnung vom 01.11.2005)
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,7 Vollkräfte	0,00215	Die anderen Ärzte befinden sich in der Weiterbildung.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Innere Medizin (AQ23)**
- **Innere Medizin und SP Gastroenterologie (AQ26)**
- **Innere Medizin und SP Kardiologie (AQ28)**
- **Innere Medizin und SP Pneumologie (AQ30)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Intensivmedizin (ZF15)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**

B-1.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	59,0 Vollkräfte	0,01306	3 Jahre	Auf der Intensivstation werden ausschließlich examinierte Pflegekräfte eingesetzt.
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1,1 Vollkräfte	0,00024	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	3,1 Vollkräfte	0,00069	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,8 Vollkräfte	0,00018	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2,2 Vollkräfte	0,00049	ab 200 Stunden Basis	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**
- **Onkologische Pflege (PQ07)**
- **Master (PQ06)**
- **Diplom (PQ02)**
- **Bachelor (PQ01)**

Zusatzqualifikation

- **Endoskopie/Funktionsdiagnostik (ZP04)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
- **Wundmanagement (ZP16)**
- **Stomamanagement (ZP15)**
Speziell für die Stomapflege qualifizierte Fachkräfte sind im Hause stationsübergreifend tätig.
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Entlassungsmanagement (ZP05)**
- **Dekubitusmanagement (ZP18)**
- **Case Management (ZP17)**

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

B-2 Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

B-2.1 Allgemeine Angaben

Ein Schwerpunkt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin ist das Gebiet des künstlichen Gelenkersatzes (Endoprothetik), in dem langjährige Erfahrungen bestehen (einschließlich Wechseloperationen). Darüber hinaus werden in der Unfallchirurgie neben der Operation und Behandlung von Extremitätenverletzungen (Arme und Beine) auch leichte bis mittelschwere Schädel-Hirn-Verletzungen sowie Verletzungen des Brustraums behandelt. An der Wirbelsäule werden - mit Ausnahme von Verletzungen mit schweren neurologischen Störungen (Querschnittlähmung) - alle Arten von Eingriffen durchgeführt. Damit gehören nahezu alle Formen von Unfall- und Sportverletzungen zum Behandlungsspektrum der Klinik.

Fachabteilung: Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Chefarzt: Dr. med. Thomas Schreyer

Ansprechpartner: Sekretariat: Brigitte Staake
Hausanschrift: Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

Telefon: (0 61 51) 4 03-21 01

Fax: (0 61 51) 4 03-21 09

E-Mail: schreyer.thomas@eke-da.de

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



Leitender Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Dr. med. Thomas Müller-Kühlkamp

Tel.: (0 61 51) 4 03-21 02

Fax: (0 61 51) 4 03-21 09

E-Mail: muellerkuehlkamp.thomas@eke-da.de

Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Dr. med. Klaus Jost

E-Mail: jost.klaus@eke-da.de

Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Marc Schneider

E-Mail: schneider.marc@eke-da.de

B-2.2 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

- **Knorpelzelltransplantationen - offen und arthroskopisch (VC00)**
Knorpelschäden in Gelenken werden seit elf Jahren in unserem Hause durch körpereigene Transplantation behandelt. Bei diesem (minimalinvasiven bzw. arthroskopischen) Verfahren entsteht ein belastungsfähiger Knorpel. So kann häufig verhindert werden, dass später ein künstliches Gelenk eingesetzt werden muss.
- **Arthroskopische Operationen (VC66)**
- **Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)**
Insbesondere vorderes Kreuzband, oberes Sprunggelenk
- **Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (VC45)**
- **Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)**
- **Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)**
- **Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)**
- **Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)**
- **Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)**
- **Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)**
- **Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)**
- **Endoprothetik (VO14)**
- **Fußchirurgie (VO15)**
Sowohl Ärzte des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS als auch Konsilärzte führen moderne Vorfußoperationen, insbesondere Operationen bei Hallux valgus, Spreizfuß, Plattfuß, Hammer- und Krallenzehen durch.

- **Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)**
Folgendes Leistungsspektrum wird u.a. angeboten: Primärimplantation von Hüft- und Knieendoprothesen verschiedenster Art, Wechseloperationen an Knie und Hüfte, Einsatz von Oberarmkopffprothesen bei schweren Bruchformen des Oberarmkopfes.
 - **Handchirurgie (VO16)**
 - **Kindertraumatologie (VK32)**
 - **Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)**
 - **Rheumachirurgie (VO17)**
 - **Schulterchirurgie (VO19)**
 - **Septische Knochenchirurgie (VC30)**
 - **Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)**
-
- Dr. med. Thomas Schreyer bei der Behandlung
- **Wirbelsäulenchirurgie (VC65)**
Behandlung aller Verletzungen und Krankheitsbilder an der Wirbelsäule, von schmerzhaften Abnutzungsschäden über Rückenmarksverengungen und Bandscheibenvorfälle bis hin zu hochgradig instabilen Knochenbrüchen und Bandverletzungen der Wirbelsäule.
 - **Hinweis (VC00)**
Röntgendiagnostik wird in Kooperation mit der Abteilung für Radiologie durchgeführt. Die dort angewendeten Verfahren sind bei dieser Abteilung (s. Kapitel B-12) aufgeführt.
 - **Transfusionsmedizin (VI42)**
Dies wird in Kooperation mit der Zentralen Anästhesie und OP-Abteilung angeboten. Weiterführende Informationen sind bei dieser Abteilung (s. Kapitel B-10) dargestellt.

B-2.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

S. Kapitel A-7
S. Kapitel A-7

B-2.4 Fallzahlen - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 1761
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.5 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-2.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M17	123	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
2	S82	112	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
3	M23	103	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
4	S72	99	Knochenbruch des Oberschenkels
5	M20	95	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
6	M16	92	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
7	S42	88	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
8	S06	85	Verletzung des Schädelinneren
9	M54	84	Rückenschmerzen
10	S52	84	Knochenbruch des Unterarmes
11	M51	68	Sonstiger Bandscheibenschaden
12	M48	59	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule
13	S00	56	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
14	S32	51	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
15	S22	48	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule

B-2.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-2.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-812	447	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
2	9-401	353	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
3	5-788	236	Operation an den Fußknochen
4	5-810	217	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
5	5-032	213	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein
6	5-820	202	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
7	5-794	194	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
8	5-811	189	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
9	8-800	176	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
10	5-790	145	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
11	5-787	123	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
12	5-813	121	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
13	5-831	121	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
14	5-829	100	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion
15	5-808	99	Operative Gelenkversteifung

B-2.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chefarzt-Sprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Durchgangsarzt - Ambulanz/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Kommentar	Versorgung von Patienten nach Arbeits- und Wegeunfällen

**Notaufnahme am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT
EVANGELISCHES KRANKENHAUS**

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

Patientenmanagement

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

Kommentar Ambulanz im Rahmen von vor- und nachstationären Leistungen

Patientenmanagement

Ambulanzart Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V (AM12)

Kommentar Versorgung von Patienten bzgl. Hüft-Endoprothetik

B-2.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	147	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
2	5-790	21	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
3	5-812	12	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
4	5-795	7	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen
5	5-811	5	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
6	5-056	4	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
7	5-810	4	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
8	5-841	4	Operation an den Bändern der Hand
9	1-697	< 4	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung
10	5-796	< 4	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen
11	5-840	< 4	Operation an den Sehnen der Hand
12	5-849	< 4	Sonstige Operation an der Hand
13	5-851	< 4	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
14	8-200	< 4	Nichtoperatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs ohne operative Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
15	1-650	< 4	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie

B-2.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.10 Personelle Ausstattung

B-2.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	10,0 Vollkräfte	0,00568	Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt „Allgemeine Chirurgie“ über sechs Jahre (zusammen mit der Klinik für Allgemeinchirurgie) sowie eine zum Facharzt „Spezielle Unfallchirurgie“ über ein Jahr, sowie ein Jahr im Special trunk für den Facharzt „Orthopädie und Unfallchirurgie“.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,0 Vollkräfte	0,00284	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	Bandscheibenoperationen, komplizierte Fußoperationen, Stabilisation von Wirbelbrüchen und Versteifungsoperationen an der Wirbelsäule, Schulteroperationen sowie weitere Operationsarten werden durch weitere kooperierende Orthopäden, Chirurgen sowie einen neurochirurgischen Konsiliararzt durchgeführt.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Unfallchirurgie (AQ62)**
- **Orthopädie und Unfallchirurgie (AQ10)**
- **Allgemeinchirurgie (AQ06)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Spezielle Unfallchirurgie (ZF43)**
- **Sportmedizin (ZF44)**

B-2.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	23,0 Vollkräfte	0,01306	3 Jahre	Die HNO-Belegabteilung ist organisatorisch Teil der unfallchirurgischen Station. D.h. zu den hier genannten Pflegekräften sind diejenigen der HNO-Belegabteilung hinzu zu addieren. Entsprechend der Belegung mit chirurgischen- bzw. HNO-Patienten erfolgt eine Zuordnung von Pflegekräften zur Versorgung der Patienten.
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2,0 Vollkräfte	0,00114	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,0 Vollkräfte	0,00057	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	4,1 Vollkräfte	0,00233	ab 200 Stunden Basis	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Master (PQ06)**
- **Diplom (PQ02)**
- **Bachelor (PQ01)**

Zusatzqualifikation

- **Schmerzmanagement (ZP14)**
- **Stomamanagement (ZP15)**
Speziell für die Stomapflege qualifizierte Fachkräfte sind im Haus stationsübergreifend tätig.
- **Wundmanagement (ZP16)**
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Entlassungsmanagement (ZP05)**
- **Dekubitusmanagement (ZP18)**
- **Case Management (ZP17)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

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

B-3 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-3.1 Allgemeine Angaben

Ein besonderer Schwerpunkt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie sind Operationen des Bauchraumes, die im Rahmen des Magen-Darm-Zentrums - einer Kooperation mit der Sektion Gastroenterologie der Klinik für Innere Medizin - auf der Station A11/A12 erbracht werden. Sämtliche minimal-invasive Operationsverfahren im Abdomen (laparoskopische Eingriffe am Dickdarm, Dünndarm, Magen, Leber usw.) kommen dabei zum Einsatz. Insbesondere werden auch bei Tumoren des Bauchraumes onkologische Operationen durchgeführt. Die Behandlung dieser Patienten wird im Rahmen einer interdisziplinären Besprechung (Tumorboard) mit den Gastroenterologen und niedergelassenen Ärzten im Rahmen des „Darm-Zentrums am Elisabethenstift Darmstadt“ koordiniert. Das Darm-Zentrum wurde erstmals am 28.10.2009 durch OnkoZert zertifiziert und die hervorragende Qualität in 2012 durch eine erfolgreiche Re-Zertifizierung bestätigt.

Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Chirurgie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse dar. Hierbei werden moderne Operationsverfahren wie die minimal-invasive Schilddrüsenresektion und das intraoperative Neuromonitoring eingesetzt. Seit dem 01.06.2011 ist das „Schilddrüsenzentrum Südhessen“ am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS in Darmstadt, das sich interdisziplinär zusammensetzt, zertifiziert durch die Servicegesellschaft für Allgemein- und Visceralchirurgie (SAVC).

Des Weiteren kommen in der Allgemeinchirurgie sämtliche allgemeinchirurgische Eingriffe - insbesondere Bauchwand- und Leistenhernien mit verschiedensten Operationsverfahren (Lichtenstein-Repair, Shouldice-Repair, videoskopische präperitoneale Netzimplantation bzw. MIC-Hernienoperation) - zur Anwendung. Gefäßchirurgisch erfolgen Operationen von Krampfadern. Weiterhin werden Dialysehuntoperationen, (arteriovenöse) Fisteln und auch Prothesenhunts angelegt. Auch Dialysekatheter (Demerskatheter) werden in großem Umfang implantiert. In Kooperation mit der Kardiologie der Klinik für Innere Medizin werden Herzschrittmacher implantiert.

Fachabteilung: Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Chefarzt: Professor Dr. med. Wolfgang Wahl

Ansprechpartner: Sekretariat: Brigitte Flach
Hausanschrift: Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

Telefon: (0 61 51) 4 03-20 01

Fax: (0 61 51) 4 03-20 09

E-Mail: wahl.wolfgang@eke-da.de
URL: <http://www.agaplesion-elisabethenstift.de>



Oberarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Dr. med. Marco Roden
E-Mail: roden.marco@eke-da.de

Oberärztin Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Dr. med. Annette Hildebrand
E-Mail: hildebrand.annette@eke-da.de

B-3.2 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

- **Tumorchirurgie (VC24)**
Sämtliche Tumoren des Bauchraumes und der Schilddrüse werden operiert. Die weitere Tumorbehandlung erfolgt innerhalb des Magen-Darm-Zentrums in Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin und niedergelassenen Onkologen.
- **Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)**
Behandlung von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes erfolgt innerhalb des Gastrozentrums in Kooperation mit der Inneren Abteilung. So werden sämtliche Eingriffe bei gastrointestinalen Erkrankungen einschließlich Tumorerkrankungen der Bauchspeicheldrüse, der Gallenblase und der Gallenwege durchgeführt.
- **Magen-Darm-Chirurgie (VC22)**
Auch die Magen-Darm-Chirurgie erfolgt innerhalb des Gastrozentrums in Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin. So werden insbesondere auch Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen behandelt.
- **Endokrine Chirurgie (VC21)**
Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Hier werden sämtlich Eingriffe an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse durchgeführt. Standard ist das intraop. Neuromonitoring. Auch minimal-invasive Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenresektionen werden in großem Umfang durchgeführt.
- **Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)**
S. minimal-invasive laparoskopische Operationen
- **Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)**
Durchgeführt werden u.a. minimal-invasive Operationen bei Leistenhernien, bei Narbenhernien, bei Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenoperationen sowie minimal-invasive laparoskopische Operationen.
- **Defibrillatoreingriffe (VC06)**
In Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin
- **Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)**
- **Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)**
- **Schrittmachereingriffe (VC05)**
In Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin
- **Spezialprechstunde (VC58)**
Schilddrüsenprechstunde, Herniensprechstunde, Sprechstunde Darmzentrum, Privatsprechstunde
- **Nierenchirurgie (VC20)**
- **Speiseröhrenchirurgie (VC14)**
- **Chirurgische Intensivmedizin (VC67)**
Betreuung der allgemeinchirurgischen Patienten auf der Interdisziplinären Intensivstation
- **Dialyseshuntchirurgie (VC61)**

Sämtliche Shuntoperationen, einschließlich Prothesenshunts und Einlage von Dialysekathetern (DemersKatheter), werden durchgeführt.

- **Portimplantation (VC62)**
Zur Vorbereitung der adjuvanten oder neoadjuvanten Chemotherapie

- **Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)**
Die Eingriffe erfolgen in Kooperation mit einem plastischen Chirurgen im Ärztehaus am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS innerhalb der Allgemeinchirurgischen Abteilung (z.B. Mammoplastiken).
- **Transfusionsmedizin (VI42)**
Dies wird in Kooperation mit dem Zentrum für Anästhesie OP und Schmerztherapie angeboten. Weiterführende Informationen sind bei dieser Abteilung dargestellt.

B-3.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

S. Kapitel A-7

B-3.4 Fallzahlen - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 2157
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.5 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-3.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E04	370	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
2	K80	218	Gallensteinleiden
3	K40	167	Leistenbruch (Hernie)
4	K35	114	Akute Blinddarmentzündung
5	I84	77	Krampfaderartige Erweiterung der Venen im Bereich des Enddarms - Hämorrhoiden
6	K57	75	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
7	C20	66	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
8	K56	64	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
9	K43	59	Bauchwandbruch (Hernie)
10	E05	57	Schilddrüsenüberfunktion
11	N18	46	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion
12	C18	42	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
13	K62	39	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters
14	K85	38	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse
15	K60	37	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms

B-3.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-3.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-069	456	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen
2	5-511	285	Operative Entfernung der Gallenblase
3	5-932	251	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung
4	5-062	219	Sonstige teilweise Entfernung der Schilddrüse
5	5-469	205	Sonstige Operation am Darm
6	9-401	202	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
7	5-530	157	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
8	5-063	147	Operative Entfernung der Schilddrüse
9	5-399	140	Sonstige Operation an Blutgefäßen
10	5-470	134	Operative Entfernung des Blinddarms
11	8-930	131	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
12	5-493	124	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
13	5-061	123	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte
14	5-455	113	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
15	8-980	107	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)

B-3.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notaufnahme am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

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

Vor- und nachstationäre Sprechstunden

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Kommentar	Hierzu gehört insbesondere die Durchführung von Koloskopien des Dickdarmes. Weiterhin werden Patienten bei durch uns durchgeführten Eingriffen prä- und poststationär in Spezialsprechstunden ambulant weiter betreut. Hierzu zählen: - Darmsprechstunde - Herniensprechstunde - Schilddrüsenprechstunde.

Chefarztsprechstunde

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

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM - Zentrum für Enddarm- Leiden

Ambulanzart	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
Kommentar	Es besteht eine enge Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum, das von der AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH getragen wird.

B-3.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	73	Sonstige Operation an Blutgefäßen
2	1-650	13	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
3	5-490	< 4	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters
4	5-492	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges
5	5-903	< 4	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
6	1-444	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
7	5-452	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
8	5-530	< 4	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
9	5-841	< 4	Operation an den Bändern der Hand
10	5-897	< 4	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)
11	5-898	< 4	Operation am Nagel
12	5-905	< 4	Hautverpflanzung mit zugehörigen blutversorgenden Gefäßen und Nerven[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]

B-3.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.10 Personelle Ausstattung

B-3.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	10,5 Vollkräfte	0,00487	Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt „Allgemeine Chirurgie“ über sechs Jahre (zusammen mit der Klinik für Orthopädie) sowie eine zum Facharzt „Viszeralchirurgie“ über zwei Jahre.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,9 Vollkräfte	0,00274	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Allgemeinchirurgie (AQ06)**
- **Gefäßchirurgie (AQ07)**
- **Viszeralchirurgie (AQ13)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Intensivmedizin (ZF15)**
- **Proktologie (ZF34)**

B-3.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	15,8 Vollkräfte	0,00732	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,7 Vollkräfte	0,00032	3 Jahre
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	1,2 Vollkräfte	0,00056	2 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,8 Vollkräfte	0,00037	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,2 Vollkräfte	0,00056	ab 200 Stunden Basis

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Onkologische Pflege (PQ07)**
- **Master (PQ06)**
- **Diplom (PQ02)**
- **Bachelor (PQ01)**

Zusatzqualifikation

- **Dekubitusmanagement (ZP18)**
- **Stomamanagement (ZP15)**
Speziell für die Stomapflege qualifizierte Fachkräfte sind im Hause stationsübergreifend tätig.
- **Wundmanagement (ZP16)**
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Entlassungsmanagement (ZP05)**
- **Case Management (ZP17)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

B-3.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

B-4 Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-4.1 Allgemeine Angaben

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

Fachabteilung: Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Chefarzt: Prof. Dr.med. Dr. phil. Martin Hambrecht

Ansprechpartner: Sekretariat: Marita Schönemann
Hausanschrift: Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

Telefon: (0 61 51) 4 03-40 01

Fax: (0 61 51) 4 03-40 09

E-Mail: hambrecht.martin@eke-da.de

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



Leitender Oberarzt Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie:

Dr. med. Tim Grabow

Tel.: (0 61 51) 4 03 - 40 02

Fax: (0 61 51) 4 03 - 40 09

E-Mail: grabow.tim@eke-da.de

Gerontopsychiatrische Tagesklinik:

Oberarzt: Christoph Schindlmayr

E-Mail: schindlmayr.christoph@eke-da.de

Tel.: (0 61 51) 4 03 - 43 00

E-Mail: GerPsychTK@eke-da.de

Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik:

Ärztlicher Leiter

Alexander Goncharov

Tel.: (0 61 51) 4 03 - 48 00

Fax: (0 61 51) 4 03 - 48 09

E-Mail: Goncharov.alexander@eke-da.de

Psychiatrische Institutsambulanz:

Oberarzt

Dr. med. Werner Beck

Tel.: (0 61 51) 4 03 - 46 01

E-Mail: beck.werner@eke-da.de

B-4.2 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
- Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
- Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
- Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
- Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
- Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
- Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)

B-4.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

S. Kapitel A-7

B-4.4 Fallzahlen - Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Vollstationäre Fallzahl: 1500
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	460	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	F32	188	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
3	F20	154	Schizophrenie
4	F33	137	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
5	F43	106	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
6	F05	66	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
7	F60	65	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
8	F25	64	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
9	F31	35	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
10	F19	30	Psychische Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
11	F61	27	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
12	F23	25	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust
13	F13	22	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel
14	F41	22	Sonstige Angststörung
15	F06	21	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit

B-4.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-606	4206	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
2	9-614	2401	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen
3	9-605	2130	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
4	9-980	1443	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie
5	9-625	1154	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
6	9-981	1055	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke
7	9-624	757	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
8	9-982	566	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen
9	9-640	418	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
10	9-615	361	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen
11	1-207	273	Messung der Gehirnströme - EEG
12	9-604	230	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche
13	1-903	85	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden sowie von Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
14	9-641	80	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
15	1-632	18	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung

B-4.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM - Neuro-Psychiatrische Praxis

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

Chefarztambulanz

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

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
-------------	--

Psychiatrische Notfallambulanz

Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
-------------	------------------------------

B-4.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.10 Personelle Ausstattung

B-4.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	16,3 Vollkräfte	0,01087	Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung im Gebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ über vier Jahre, d.h. über den gesamten Zeitraum.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,0 Vollkräfte	0,00333	Alle Ärzte der Klinik für Psychiatrie, inklusive der Tageskliniken, gehören organisatorisch der Klinik an. Für die Darstellung erfolgt eine Aufteilung nach stationären und tagesklinischen Bereichen.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)**
- **Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie (AQ52)**
- **Psychiatrie und Psychotherapie (AQ51)**
- **Neurologie (AQ42)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Psychotherapie – fachgebunden – (ZF36)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**

B-4.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	54,2 Vollkräfte	0,03613	3 Jahre	Organisatorisch sind die Pflegekräfte der Klinik für Psychiatrie zugeordnet, so dass hier gegenseitige Vertretungen mit den Tageskliniken der Klinik für Psychiatrie möglich sind.
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3,3 Vollkräfte	0,00220	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	1,5 Vollkräfte	0,00100	2 Jahre	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	3,4 Vollkräfte	0,00227	ab 200 Stunden Basis	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Psychiatrische Pflege (PQ10)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
Jede Station wird von einer weitergebildeten Stationsleitung geführt.

Zusatzqualifikation

- **Praxisanleitung (ZP12)**
- **Bobath (ZP02)**
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Entlassungsmanagement (ZP05)**
- **Case Management (ZP17)**

B-4.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	Anzahl Vollkräfte	Anzahl je Fall	Kommentar
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin (SP57)	0	0,00000	In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sind keine klinischen Neuropsychologen vorhanden.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (SP54)	0	0,00000	In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sind keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorhanden.
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)	1,4	0,00093	Die Psychologischen Psychotherapeuten verfügen ebenfalls über den den Titel Diplom-Psychologe.
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	3,6	0,00240	

B-5 Psychiatrische Tagesklinik

B-5.1 Allgemeine Angaben

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

Fachabteilung:	Psychiatrische Tagesklinik
Chefarzt:	Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Hambrecht
Ansprechpartner:	Sekretariat: Marita Schönemann
Hausanschrift:	Landgraf-Georg-Straße 100 64287 Darmstadt
Telefon:	(0 61 51) 4 03-40 01
Fax:	(0 61 51) 4 03-40 09
E-Mail:	hambrecht.martin@eke-da.de
URL:	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/



Oberarzt
Alexander Goncharov (Funktionsoberarzt)
EMail: goncharov.alexander@eke-da.de

B-5.2 Medizinische Leistungsangebote - Psychiatrische Tagesklinik

- Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
- Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
- Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
- Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
- Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)

B-5.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Psychiatrische Tagesklinik

S. Kapitel A-7

B-5.4 Fallzahlen - Psychiatrische Tagesklinik

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 233

B-5.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-5.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-606	666	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
2	9-605	646	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
3	9-980	205	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie
4	9-625	86	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
5	9-624	64	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
6	9-614	21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen
7	1-207	5	Messung der Gehirnströme - EEG
8	1-903	< 4	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden sowie von Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9	9-604	< 4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche
10	9-615	< 4	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen
11	9-640	< 4	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
12	9-641	< 4	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
13	9-982	< 4	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen

B-5.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-5.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.10 Personelle Ausstattung

B-5.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	1,1 Vollkräfte	0,00000	Alle Ärzte der Klinik für Psychiatrie, inklusiveder Tageskliniken, gehören organisatorisch der Klinik an. Für die Darstellung erfolgt eine Aufteilung nach stationären und tagesklinischen Bereichen.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,6 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)

- **Neurologie (AQ42)**
- **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (AQ53)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Psychotherapie – fachgebunden – (ZF36)**

B-5.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	1,1 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Organisatorisch sind die Pflegekräfte der Klinik für Psychiatrie zugeordnet, so dass hier gegenseitige Vertretungen möglich sind.
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,8 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Psychiatrische Pflege (PQ10)**

Zusatzqualifikation

- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

B-5.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	Anzahl Vollkräfte	Anzahl je Fall	Kommentar
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin (SP57)	0	0,00000	In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sind keine klinischen Neuropsychologen vorhanden.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (SP54)	0	0,00000	In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sind keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorhanden.
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)	1,5	0,00000	Die Psychologischen Psychotherapeuten verfügen ebenfalls über den den Titel Diplom-Psychologe.
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	1,5	0,00000	

B-6 Gerontopsychiatrische Tagesklinik

B-6.1 Allgemeine Angaben

Die Gerontopsychiatrische Tagesklinik, mit hellen und modernen Räumlichkeiten und zwölf Behandlungsplätzen, befindet sich im Erdgeschoss des Gebäudes C des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT in der Erbacher Straße. Sie steht Menschen mit unterschiedlichen psychischen Störungen ab dem 50. Lebensjahr zur Verfügung. Die Patienten können nachts und am Wochenende in ihrem eigenen häuslichen Umfeld bleiben, sind somit sozial integriert und können tagsüber das vielfältige und intensive Therapieprogramm der Tagesklinik nutzen. Die Diagnostik und Therapie von depressiven Störungen im höheren Alter bildet einen wichtigen Behandlungsschwerpunkt in der Tagesklinik. Es werden aber auch Patienten mit lebensbiographischen Belastungen, leichten Hirnleistungsstörungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen erfolgreich behandelt. Da ältere Patienten häufig neben den psychischen auch unter internistischen und neurologischen Erkrankungen leiden, werden diese fachärztlich mitbehandelt. Ein spezieller Fahrdienst ermöglicht auch solchen Patienten den Besuch der Tagesklinik, die für die An- und Abfahrt keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen können. Die Kosten hierfür werden in der Regel von der Krankenkasse übernommen. Bei der Organisation des Fahrdienstes ist das Team der Tagesklinik selbstverständlich gern behilflich.

Fachabteilung:	Gerontopsychiatrische Tagesklinik
Chefarzt:	Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Hambrecht
Ansprechpartner:	Sekretariat Marita Schönemann
Hausanschrift:	Landgraf-Georg-Str. 100 64287 Darmstadt
Telefon:	(0 61 51) 4 03-40 01
Fax:	(0 61 51) 4 03-40 09
E-Mail:	hambrecht.martin@eke-da.de
URL:	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/



Oberarzt
Christoph Schindlmayr
EMail: schindlmayr.christoph@eke-da.de

B-6.2 Medizinische Leistungsangebote - Gerontopsychiatrische Tagesklinik

- Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)

B-6.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Gerontopsychiatrische Tagesklinik

S. Kapitel A-7

B-6.4 Fallzahlen - Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 87

B-6.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-6.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-6.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-606	505	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
2	9-605	267	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten
3	9-982	58	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen
4	1-207	24	Messung der Gehirnströme - EEG
5	9-614	4	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen
6	9-604	< 4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche
7	9-625	< 4	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten
8	1-791	< 4	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes
9	1-903	< 4	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden sowie von Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
10	9-615	< 4	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen
11	9-624	< 4	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten

B-6.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-6.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-6.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.10 Personelle Ausstattung

B-6.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	1,5 Vollkräfte	0,00000	Alle Ärzte der Klinik für Psychiatrie, d. h. auch diejenigen der Tageskliniken, gehören organisatorisch der Klinik an, sind aber für die Darstellung in diesem Qualitätsbericht aufgeteilt nach stationärem und tagesklinischem Bereich.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,0 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Neurologie (AQ42)**
- **Psychiatrie und Psychotherapie (AQ51)**
- **Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie (AQ52)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Psychotherapie – fachgebunden – (ZF36)**

B-6.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	2,3 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Organisatorisch sind die Pflegekräfte der Klinik für Psychiatrie zugeordnet, so dass hier gegenseitige Vertretungen möglich sind.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Psychiatrische Pflege (PQ10)**

Zusatzqualifikation

- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

B-6.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	Anzahl Vollkräfte	Anzahl je Fall	Kommentar
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin (SP57)	0	0,00000	In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sind keine klinischen Neuropsychologen vorhanden.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (SP54)	0	0,00000	In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sind keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorhanden.
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)	0	0,00000	Die Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden bei Bedarf auch in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	0	0,00000	Die Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden bei Bedarf auch in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.

B-7 Klinik für Geriatrische Medizin

B-7.1 Allgemeine Angaben

Das Behandlungskonzept der Klinik für Geriatrische Medizin ist ausgerichtet auf die Besonderheiten von Krankheit im Alter und den speziellen Versorgungsbedarf alter Menschen. Die vielfältigen Ausprägungen und die Komplexität von Krankheit im Alter machen eine spezielle geriatrische Diagnostik und Therapie sowie Möglichkeiten zur Früh- und Langzeit-Rehabilitation erforderlich. Dabei liegen Schwerpunkte in einer aktivierenden Pflege sowie in physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen. Behandlungsziel ist es, alten Menschen wieder zu weitgehender Selbstständigkeit zu verhelfen und die Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung zu ermöglichen. Lebensqualität und Lebenszufriedenheit sollen erhalten und verbessert werden. Bei allen diagnostischen und therapeutischen Überlegungen stehen daher die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten im Vordergrund.

Fachabteilung: Klinik für Geriatrische Medizin

Chefarzt: PD Dr. Mathias Pfisterer (Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin, Physikalische Therapie und Balneologie, Ärztliches Qualitätsmanagement, Notfallmedizin)

Ansprechpartner: Sekretariat: Gabi Failer
Hausanschrift: Landgraf-Georg Straße 100
64287 Darmstadt

Telefon: (0 61 51) 4 03-30 01
Fax: (0 61 51) 4 03-30 09

E-Mail: pfisterer.mathias@eke-da.de
URL: <http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/>

Leitender Oberarzt Klinik für Geriatrische Medizin
Dr. med. Jürgen Heins
(Innere Medizin, Geriatrie, Pneumologie, Somnologie, Palliativmedizin)
EMail: heins.juergen@eke-da.de

Oberarzt Klinik für Klinik für Geriatrische Medizin
Adrian Willersinn
EMail: willersinn.adrian@eke-da.de



B-7.2 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Geriatrische Medizin

- **Diagnostik und Therapie bei multimorbiden hochaltrigen Patienten (VX00)**
Mit Schlaganfall nach Sturz, Immobilisationssyndrom, Frakturen der unteren Extremitäten, Parkinson, Herzinsuffizienz und Demenz
- **Diagnostik und Therapie der Demenzkrankheit (VX00)**
- **Geriatrische Stroke Unit (VX00)**
- **Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)**
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**
- **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)**
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)**
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)**
- **Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)**
- **Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)**
- **Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)**
- **Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)**
- **Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)**
- **Palliativmedizin (VI38)**
- **Physikalische Therapie (VI39)**
- **Schmerztherapie (VI40)**
- **Transfusionsmedizin (VI42)**
Dies wird in Kooperation mit dem Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie angeboten. Weiterführende Informationen sind bei dieser Abteilung dargestellt.
- **Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)**
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)**

B-7.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Klinik für Geriatrische Medizin

S. Kapitel A-7

B-7.4 Fallzahlen - Klinik für Geriatrische Medizin

Vollstationäre Fallzahl: 1053
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-7.5 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-7.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	R26	261	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
2	S72	180	Knochenbruch des Oberschenkels
3	S32	74	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
4	I50	23	Herzschwäche
5	S22	22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
6	M80	21	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
7	C18	19	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
8	J18	17	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
9	M16	17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
10	M17	17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
11	E87	15	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
12	M54	13	Rückenschmerzen
13	R55	13	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
14	N39	12	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
15	J44	11	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD

B-7.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	985	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	8-854	56	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse
3	8-800	50	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
4	1-770	43	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen
5	1-710	34	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
6	1-207	24	Messung der Gehirnströme - EEG
7	1-266	17	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
8	9-401	16	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
9	1-653	14	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
10	8-152	14	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
11	8-930	11	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
12	1-791	10	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes
13	8-831	10	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
14	9-200	9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
15	1-613	8	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)

B-7.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Geriatrische Privatambulanz mit Gedächtnisambulanz (Memory Clinic)

Ambulanzart

Privatambulanz (AM07)

B-7.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein
Nein

B-7.10 Personelle Ausstattung

B-7.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	8,3 Vollkräfte	0,00788	Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung für „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ über zwölf Monate sowie in der Zusatzbezeichnung „Geriatric des Gebiets Innere Medizin“ für achtzehn Monate (volle Weiterbildungsermächtigung).
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,9 Vollkräfte	0,00465	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Innere Medizin und SP Pneumologie (AQ30)**
- **Allgemeinmedizin (AQ63)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
- **Palliativmedizin (ZF30)**
- **Schlafmedizin (ZF39)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Geriatric (ZF09)**
- **Physikalische Therapie und Balneologie (ZF32)**

B-7.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	20,9 Vollkräfte	0,01985	3 Jahre	Um das geriatrische Konzept umsetzen zu können, wird für einfache unterstützende Tätigkeiten gut angeleitetes Hilfspersonal eingesetzt, z. B. Stationssekretärin, Zivildienstleistende.
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,8 Vollkräfte	0,00076	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	4,1 Vollkräfte	0,00389	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2,4 Vollkräfte	0,00228	ab 200 Stunden Basis	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Master (PQ06)**
- **Diplom (PQ02)**
- **Bachelor (PQ01)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**

Zusatzqualifikation

- **Sturzmanagement (ZP19)**
- **Entlassungsmanagement (ZP05)**
- **Dekubitusmanagement (ZP18)**
- **Bobath (ZP02)**
- **Geriatric (ZP07)**
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Kontinenzmanagement (ZP09)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Stomamanagement (ZP15)**
Speziell für die Stomapflege qualifizierte Fachkräfte sind im Hause stationsübergreifend tätig.
- **Wundmanagement (ZP16)**
- **Case Management (ZP17)**

B-7.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	Anzahl Vollkräfte	Anzahl je Fall	Kommentar
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin (SP57)	0	0,00000	In der Klinik für Geriatrische Medizin sind keine klinischen Neuropsychologen vorhanden.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (SP54)	0	0,00000	In der Klinik für Geriatrische Medizin sind keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorhanden.
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)	0	0,00000	In der Klinik für Geriatrische Medizin sind keine Psychologischen Psychotherapeuten vorhanden.
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	0,8	0,00076	

B-8 Geriatriische Tagesklinik

B-8.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung:	Geriatrische Tagesklinik
Chefarzt:	PD Dr. med. Mathias Pfisterer
Ansprechpartner:	Sekretariat: Gabi Failer
Hausanschrift:	Landgraf-Georg Straße 100 64287 Darmstadt
Telefon:	(0 61 51) 4 03-30 01
Fax:	(0 61 51) 4 03-30 09
E-Mail:	pfisterer.mathias@eke-da.de
URL:	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/



B-8.2 Medizinische Leistungsangebote - Geriatriische Tagesklinik

- **Diagnostik und Therapie bei multimorbiden hochaltrigen Patienten (VX00)**
mit Schlaganfall nach Sturz, Immobilisationssyndrom, Frakturen der unteren Extremitäten, Parkinson, Herzinsuffizienz und Demenz.
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)**
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)**
- **Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)**
- **Physikalische Therapie (VI39)**
- **Schmerztherapie (VI40)**

B-8.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatriische Tagesklinik

S. Kapitel A-7

B-8.4 Fallzahlen - Geriatriische Tagesklinik

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	345

B-8.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-8.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-8.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98a	4068	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt
2	1-710	6	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
3	1-613	< 4	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)
4	8-800	< 4	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
5	1-204	< 4	Untersuchung der Hirnwasserräume
6	1-207	< 4	Messung der Gehirnströme - EEG
7	1-653	< 4	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
8	5-452	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
9	8-123	< 4	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungssonde
10	8-152	< 4	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit

B-8.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten bestehen nicht.

B-8.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-8.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-8.10 Personelle Ausstattung

B-8.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	1,0 Vollkräfte	0,00000	Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung für „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ über zwölf Monate sowie in der Zusatzbezeichnung „Geriatric des Gebiets Innere Medizin“ für achtzehn Monate (volle Weiterbildungsermächtigung).
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,0 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Innere Medizin und SP Pneumologie (AQ30)**
- **Allgemeinmedizin (AQ63)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Geriatric (ZF09)**
- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
- **Schlafmedizin (ZF39)**
- **Physikalische Therapie und Balneologie (ZF32)**
- **Palliativmedizin (ZF30)**

B-8.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	2,0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Organisatorisch sind die Pflegekräfte der Klinik für Geriatrische Medizin zugeordnet, so dass hier gegenseitige Vertretungen möglich sind.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**

Zusatzqualifikation

- **Geriatric (ZP07)**
- **Case Management (ZP17)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

B-8.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-9 Zentrum für Palliativmedizin

B-9.1 Allgemeine Angaben

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

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

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

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

Das multiprofessionelle Team der Palliativmedizin besteht aus Mitarbeitern verschiedener Professionen, wie Medizin, Pflege, Seelsorge, Sozialarbeit, Psychologie, Logopädie, Physiotherapie, Musiktherapie und Kunsttherapie. Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Hospiz- und Palliativverein Darmstadt. Unser Zentrum für Palliativmedizin besteht aus Palliativstation, ambulantem Palliativteam und PaNDa (PalliativNetzDarmstadt). Die Palliativstation befindet sich in einem eigens gestalteten Bereich auf der Südseite der Klinik mit Blick auf den Woog. Die sonnigen Ein- und Zweibettzimmer sind in ansprechender Form eingerichtet; in unmittelbarer Nähe lädt ein Gemeinschafts- und Ruheraum zum Entspannen, Lesen, Reden oder Musikhören ein. Das ambulante Palliativteam sorgt in Kooperation mit Hausärzten und ambulanten Pflegediensten dafür, dass Schwerstkranke und Sterbende in besonderen Fällen zu Hause oder in Pflegeheimen rund um die Uhr eine Spezialisierte, ambulante palliativmedizinische



Das multiprofessionelle Team des Zentrums für Palliativmedizin

Versorgung in Anspruch nehmen können - auch im Not- und Bereitschaftsdienst - und damit im gewohnten häuslichen Umfeld bleiben können. Auf Grund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist es insbesondere für die Versorgung Sterbender zwingend erforderlich, dass alle Beteiligten eng und ohne Zeit- und Reibungsverluste zusammenarbeiten. In der letzten Lebensphase eines Menschen müssen die Versorgungsgrenzen überwunden, Kompetenzen gebündelt und Kooperationen zwischen allen beteiligten Berufsgruppen erzielt werden. PaNDa (PalliativNetzDarmstadt) hat zum Ziel, durch ein Netzwerk die Betreuung und Versorgung von Schwerstkranken im häuslichen Umfeld bezogen auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung zu unterstützen. Des Weiteren besteht eine enge Kooperation mit dem Hospiz- und Palliativteam am Standort des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS.

Fachabteilung:	Zentrum für Palliativmedizin
Chefarzt:	PD Dr. med. Mathias Pfisterer
Ansprechpartner:	Sekretariat: Gabi Failer
Hausanschrift:	Landgraf-Georg Straße 100 64287 Darmstadt
Telefon:	(0 61 51) 4 03-11 75
Fax:	(0 61 51) 4 03-30 09
E-Mail:	pfisterer.mathias@eke-da.de
URL:	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/



B-9.2 Medizinische Leistungsangebote - Zentrum für Palliativmedizin

- **Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)**
- **Palliativmedizin (VI38)**
- **Physikalische Therapie (VI39)**
- **Schmerztherapie (VI40)**
- **Transfusionsmedizin (VI42)**

Dies wird in Kooperation mit dem Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie angeboten. Weiterführende Informationen sind bei dieser Abteilung (s. Kapitel B-10) dargestellt.

B-9.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Zentrum für Palliativmedizin

S. Kapitel A-7

B-9.4 Fallzahlen - Zentrum für Palliativmedizin

Vollstationäre Fallzahl:	183
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-9.5 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-9.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	15	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
2	C25	12	Bauchspeicheldrüsenkrebs
3	C15	11	Speiseröhrenkrebs
4	C18	11	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
5	C50	9	Brustkrebs
6	C78	9	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen
7	C79	9	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen
8	J69	9	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut
9	C61	5	Prostatakrebs
10	I50	5	Herzschwäche
11	J18	5	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
12	S72	5	Knochenbruch des Oberschenkels
13	C90	4	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)
14	C16	< 4	Magenkrebs
15	C22	< 4	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge

B-9.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-9.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98e	128	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
2	8-982	39	Fachübergreifende Sterbebegleitung
3	8-153	16	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
4	8-152	14	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
5	8-800	14	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
6	8-542	9	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut
7	1-632	8	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
8	1-773	8	Fachübergreifendes systematisches Testverfahren und Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung
9	1-844	8	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
10	1-853	6	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
11	8-543	6	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden
12	1-207	5	Messung der Gehirnströme - EEG
13	5-345	4	Verödung des Spaltes zwischen Lunge und Rippen - Pleurodese
14	5-431	4	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
15	6-002	4	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs

B-9.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-9.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-9.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-9.10 Personelle Ausstattung

B-9.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	3,8 Vollkräfte	0,02077	Das Zentrum für Palliativmedizin wird von denselben Ärzten versorgt wie die Klinik für Geriatrische Medizin.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,1 Vollkräfte	0,01694	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Innere Medizin und SP Pneumologie (AQ30)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
- **Geriatric (ZF09)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Palliativmedizin (ZF30)**
- **Physikalische Therapie und Balneologie (ZF32)**
- **Schlafmedizin (ZF39)**

B-9.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	4,5 Vollkräfte	0,02459	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Onkologische Pflege (PQ07)**

Zusatzqualifikation

- **Schmerzmanagement (ZP14)**
- **Stomamanagement (ZP15)**
in Kooperation
- **Case Management (ZP17)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

B-9.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

B-10 Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

B-10.1 Allgemeine Angaben

Unsere moderne Abteilung bietet Anästhesieleistungen auf höchstem Niveau. Neben dem Vorgehen nach aktuellem medizinischem Wissensstand sind Patientensicherheit und Komfort unsere größten Anliegen.

Folgende Aspekte geben einen Überblick:

- Prämedikationssprechstunde für geplante Operationen mit Terminvereinbarung
- Alle gängigen Anästhesieverfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie
- Erweiterte Schmerztherapieverfahren mittels Schmerzkathetern und tragbaren Schmerzpumpen für geeignete Eingriffe
- Schmerztherapeutische Behandlung als beratende Ärzte bei allen Patienten des Krankenhauses
- Blutsparende Maßnahmen -unter anderem durch die Aufbereitung von verlorenem Wundblut (maschinelle Autotransfusion), weitgehende Vermeidung von Fremdbluttransfusionen
- Operative Intensivmedizin mit allen Möglichkeiten zur Behandlung kritischer Situationen
- Modernes OP-Management für reibungslose, fehlerfreie Abläufe und kurze Wartezeiten
- Validierte Zentralsterilisation auf neuestem Stand, einwandfreie, ständig überprüfte OP-Instrumente
- Über 25 engagierte, kompetente und freundliche Mitarbeiter in einem leistungsstarken Team.

Fachabteilung: Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

Chefarzt: Dr. med. Max Müller (DEAA)

Ansprechpartner: Sekretariat Constanze Delp
Hausanschrift: Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

Telefon: (0 61 51) 4 03-62 05

Fax: (0 61 51) 4 03-62 09

E-Mail: mueller.max@eke-da.de

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



Leitender Oberarzt Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

Dr. med. Marc Winetzhammer

E-Mail: winetzhammer.marc@eke-da.de

Oberarzt Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

Dr. med. Heinz Mollenhauer

E-Mail: mollenhauer.heinz@eke-da.de

Oberarzt Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

Dr. med. Martin Straube

E-Mail: straube.martin@eke-da.de

Oberarzt und Sektionsleiter Schmerztherapie

Dr. med. Gerhard Gutscher

E-Mail: gutscher.gerhard@eke-da.de

B-10.2 Medizinische Leistungsangebote - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

- **Schmerztherapie (VI40)**
- **Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)**
- **Transfusionsmedizin (VI42)**

Das Zentrum stellt ebenfalls den transfusionsverantwortlichen Arzt. Neben Schulung und Überwachung der korrekten Anwendung von Blutprodukten bietet das Zentrum Techniken zur Vermeidung von Fremdbluttransfusionen an.

B-10.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

S. Kapitel A-7

B-10.4 Fallzahlen - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

Vollstationäre Fallzahl:	154
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-10.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-10.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M54	75	Rückenschmerzen
2	M79	28	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes
3	G43	12	Migräne
4	G44	7	Sonstiger Kopfschmerz
5	M25	7	Sonstige Gelenkkrankheit
6	R52	6	Schmerz
7	G54	< 4	Krankheit von Nervenwurzeln bzw. Nervengeflechten
8	F45	< 4	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung
9	G62	< 4	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven
10	M15	< 4	Verschleiß (Arthrose) an mehreren Gelenken
11	M17	< 4	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
12	M53	< 4	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]
13	E10	< 4	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1
14	G35	< 4	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose
15	G50	< 4	Krankheit des fünften Hirnnervs

B-10.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft auf diese Fachabteilung nicht zu.

B-10.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-918	140	Fachübergreifende Behandlung von Patienten mit lang andauernden Schmerzen
2	9-401	< 4	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention

B-10.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Schmerzprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Diese ist seit Herbst 2009 eingerichtet. Kontaktaufnahme bitte über das Patientenmanagement, Telefon: 06151 / 403 - 19 00
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VI40)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)

B-10.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-10.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-10.10 Personelle Ausstattung

B-10.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	5,5 Vollkräfte	0,03571	Weiterbildungsermächtigung für das Fach Anästhesiologie für zwei Jahre.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,5 Vollkräfte	0,03571	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

- **Anästhesiologie (AQ01)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
- **Intensivmedizin (ZF15)**

- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Spezielle Schmerztherapie (ZF42)**
- **Akupunktur (ZF02)**

B-10.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	16,4 Vollkräfte	0,10649	3 Jahre
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,8 Vollkräfte	0,00519	ab 200 Stunden Basis
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	2,5 Vollkräfte	0,01623	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
- **Operationsdienst (PQ08)**
- **Master (PQ06)**
- **Bachelor (PQ01)**

Zusatzqualifikation

- **Schmerzmanagement (ZP14)**
Pflegekräfte in Weiterbildung
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Wundmanagement (ZP16)**
- **Entlassungsmanagement (ZP05)**
- **Dekubitusmanagement (ZP18)**
- **Praxisanleitung (ZP12)**

B-10.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Nur qualifizierte ärztliche und pflegerische Mitarbeiter, s.o.

	Anzahl Vollkräfte	Anzahl je Fall	Kommentar
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin (SP57)	0	0,00000	Im Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie sind keine klinischen Neuropsychologen vorhanden.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (SP54)	0	0,00000	Im Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie sind keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorhanden.
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)	0	0,00000	Im Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie sind keine Psychologischen Psychotherapeuten vorhanden.
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	0,4	0,00260	



Das Team des Zentrums für OP, Anästhesie und Schmerztherapie

B-11 Abteilung für Radiologie

B-11.1 Allgemeine Angaben

Die ärztlichen Leistungen der Abteilung für Radiologie werden von der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. Anselm Pottmeyer, Udo Hundt, Dr. Jürgen Leisten, Dr. Armin Dick, Dr. Anne Brunier, Dr. Dirk Brechtelsbauer, Dr. Marina Rappe, Prof. Dr. Oliver Mohrs, Dr. Jürgen Metzen, Dr. Michaela Welsch, Prof. Dr. Jürgen Biederer, Prof. Dr. Peter Hallscheid, Dr. Kerstin Kilk, Dr. Holger Lotz, Dr. Dietmar Müller, Dr. Sepideh Pade, Dr. Henrik Thoms, Dr. Barbara Brecher, Dr. Burkhard Jennerjahn und Dr. Desiree Brandt erbracht. Zur Verfügung stehen dabei alle diagnostischen und interventionellen radiologischen Verfahren, z.B.:

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

Fachabteilung:	Abteilung für Radiologie
Chefarzt:	Ärztliche Leitung durch Praxis für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin
Ansprechpartner: Hausanschrift:	Dr. med. Anselm Pottmeyer Landgraf-Georg-Straße 100 64287 Darmstadt
Telefon:	(0 61 51) 4 03-60 01
Fax:	(0 61 51) 4 03-60 09
E-Mail:	info@radiologie-darmstadt.de
URL:	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

B-11.2 Medizinische Leistungsangebote - Abteilung für Radiologie

- **Arteriographie (VR15)**
- **Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)**
- **Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)**
- **Computertomographie (CT), nativ (VR10)**
- **Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)**
- **Duplexsonographie (VR04)**
- **Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)**
- **Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung (VR08)**
- **Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)**
- **Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)**
- **Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)**
- **Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren (VR24)**
- **Native Sonographie (VR02)**
- **Orthovoltstrahlentherapie (VR31)**
Dieses Verfahren ist in der Praxis, Eschollbrücker Straße möglich.
- **Phlebographie (VR16)**
- **Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) (VR07)**
bzw. Digitale Mammographie. Dieses Verfahren ist im Mammographie-Zentrum, Dieburger Str. in Darmstadt, möglich.
- **Quantitative Bestimmung von Parametern (VR29)**
- **Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) (VR19)**
Dieses Verfahren ist in der Praxis in der Eschollbrücker Straße möglich.
- **Szintigraphie (VR18)**
Dieses Verfahren ist in der Praxis in der Eschollbrücker Straße möglich.
- **Therapie mit offenen Radionukliden (VR38)**
Dieses Verfahren ist in der Praxis in der Eschollbrücker Straße möglich.
- **Teleradiologie (VR44)**

B-11.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Abteilung für Radiologie

S. Kapitel A-7

B-11.4 Fallzahlen - Abteilung für Radiologie

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-11.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-11.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-11.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	1113	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
2	3-225	678	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
3	3-222	415	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
4	3-203	170	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
5	3-205	164	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel
6	3-206	128	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel
7	3-802	122	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel
8	3-052	109	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
9	3-13a	96	Röntgendarstellung des Dickdarms mit Kontrastmitteleinlauf
10	3-820	96	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
11	3-202	71	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
12	3-13b	61	Röntgendarstellung der Magen-Darm-Durchgängigkeit
13	3-220	56	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel
14	3-137	53	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel
15	3-207	49	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel

B-11.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-11.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-11.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-11.10 Personelle Ausstattung

B-11.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000	Es handelt sich hierbei um eine Kooperation des Krankenhauses mit der Gemeinschaftspraxis Radiologie Darmstadt mit zehn Fachärzten. Nach praxisinternen Vorgaben sind die Ärzte im Krankenhaus tätig.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

- **Nuklearmedizin (AQ44)**
- **Radiologie (AQ54)**
- **Radiologie, SP Neuroradiologie (AQ56)**

Zusatz-Weiterbildung

B-11.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	In der Abteilung für Radiologie arbeiten insgesamt sieben Vollzeitkräften Medizinisch-technischer-Radiologieassistenten (s. Kapitel A-11.3).

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

Zusatzqualifikation

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

B-12.1 Allgemeine Angaben

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

Fachabteilung: Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Chefarzt: Es handelt sich um eine Belegarztstation. Die Informationen zu den Ärzten entnehmen Sie bitte dem Kapitel B-13-10

Ansprechpartner: Dr. med. Mihaela Stastny
Hausanschrift: Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

Telefon: (0 61 51) 2 80 85
Fax: (0 61 51) 4 03-80 80

E-Mail: info@eke-da.de
URL: <http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/>

B-12.2 Medizinische Leistungsangebote - Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)

B-12.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-12.4 Fallzahlen - Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl: 126
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-12.5 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-12.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J35	88	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
2	J32	25	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
3	J34	7	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
4	J38	< 4	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes
5	C01	< 4	Krebs des Zungengrundes
6	J33	< 4	Nasendpolyp
7	R57	< 4	Schock
8	S02	< 4	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen

B-12.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-12.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-281	77	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie
2	5-224	26	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen
3	5-214	20	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
4	5-215	13	Operation an der unteren Nasenmuschel
5	5-282	11	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln
6	5-294	4	Sonstige wiederherstellende Operation am Rachen
7	1-502	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt
8	5-300	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes
9	5-200	< 4	Operativer Einschnitt in das Trommelfell
10	5-221	< 4	Operation an der Kieferhöhle
11	5-289	< 4	Sonstige Operation an Gaumen- bzw. Rachenmandeln
12	5-216	< 4	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs
13	5-285	< 4	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)

B-12.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-12.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-12.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-12.10 Personelle Ausstattung

B-12.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2 Personen	0,01587

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

- **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (AQ18)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Allergologie (ZF03)**
- **Schlafmedizin (ZF39)**

B-12.10.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2012 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Die HNO-Belegabteilung ist organisatorisch Teil der unfallchirurgischen Station, d.h. alle Pflegekräfte der chirurgischen Abteilung gehören dazu. Es erfolgt eine Zuordnung von Pflegekräften zur Versorgung der Patienten entsprechend der Belegung mit chirurgischen bzw. HNO-Patienten.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**

Zusatzqualifikation

B-12.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	36	100,0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	10	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	6	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	< 4	0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	< 4	0	
Cholezystektomie (12/1)	265	99,6	
Gynäkologische Operationen (15/1)	4	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	173	99,4	
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)	107	99,1	
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3)	16	100,0	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)	74	100,0	
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)	< 4	0	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Mammachirurgie (18/1)	< 4	0	
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)	35	100,0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	262	96,2	
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	1004	100,0	

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

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für 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)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	35 / 36
Ergebnis (Einheit)	97,2%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	85,8 - 99,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	36 / 36
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	90,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 60 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher (sog. VVI-Herzschrittmacher)
Zähler / Nenner	9 / 10
Ergebnis (Einheit)	90,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,0%
Vertrauensbereich	59,6 - 98,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 90 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher (sog. DDD-Herzschrittmacher)
Zähler / Nenner	26 / 26
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 55,0%
Vertrauensbereich	87,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	9 / 10
Ergebnis (Einheit)	90,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,0%
Vertrauensbereich	59,6 - 98,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	25 / 25
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	86,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsendendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung der Sonde im Herzvorhof
Zähler / Nenner	0 / 26
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 12,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsendendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung von Sonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	0 / 36
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 9,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde im Vorhof
Zähler / Nenner	26 / 26
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	87,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	36 / 36
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	90,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,3
Vertrauensbereich	0,2 - 5,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 77,3\%$
Vertrauensbereich	56,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	10 / 10
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 85,0\%$
Vertrauensbereich	72,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 87,3\%$
Vertrauensbereich	56,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	9 / 9
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 87,5%
Vertrauensbereich	70,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	56,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	4 / 4
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	51,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Anpassen der Herzkammersonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausfalls (mindestens 4 mV)
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	56,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 105 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 55,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus
Kennzahlbezeichnung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	0 / 264
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,4
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,9
Vertrauensbereich	0,1 - 1,3
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie)
Zähler / Nenner	0 / 106
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 3,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten ohne lebensbedrohliche Grunderkrankung (ASA 1-3)
Zähler / Nenner	0 / 264
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Kennzahlbezeichnung	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt, korrigierende Maßnahmen wurden eingeleitet. Gynäkologische Eingriffe erfolgen im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT nur bei dringender medizinischer Indikation im Rahmen allgemeinchirurgischer Eingriffe, nicht aber als geplante OPs

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organerhaltung bei Ovaryingriffen
Kennzahlbezeichnung	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Operation über 48 Stunden nach Bruch des Oberschenkelknochens und Aufnahme im Krankenhaus
Zähler / Nenner	9 / 172
Ergebnis (Einheit)	5,2%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,0%
Vertrauensbereich	2,8 - 9,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	96 / 96
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung bzw. Funktionsstörung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,8
Vertrauensbereich	0,5 - 4,4
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks nach Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,9
Vertrauensbereich	0,2 - 6,7
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,3
Vertrauensbereich	0,1 - 2,5
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,0
Vertrauensbereich	0,0 - 1,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei ansonsten gesunden oder leicht erkrankten Patienten (ASA 1 oder 2)
Zähler / Nenner	0 / 14
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 21,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 3
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung (ASA 3)
Zähler / Nenner	10 / 145
Ergebnis (Einheit)	6,9%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	3,8 - 12,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels fixierender Metallteile
Zähler / Nenner	4 / 75
Ergebnis (Einheit)	5,3%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,1%
Vertrauensbereich	2,1 - 12,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	11 / 96
Ergebnis (Einheit)	11,5%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,7%
Vertrauensbereich	6,5 - 19,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,4
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,9 - 2,2
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	103 / 105
Ergebnis (Einheit)	98,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	93,3 - 99,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	105 / 105
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	103 / 105
Ergebnis (Einheit)	98,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	93,3 - 99,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	0 / 105
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 105
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 105
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,6
Vertrauensbereich	0,1 - 2,5
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse des Einzelfalles durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	3,7
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,7 - 20,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	14 / 16
Ergebnis (Einheit)	87,5%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,2%
Vertrauensbereich	64,0 - 96,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	16 / 16
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	80,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	3,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,0
Vertrauensbereich	0,6 - 16,4
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt, korrigierende Maßnahmen wurden eingeleitet.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 19,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	74 / 74
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	95,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	73 / 74
Ergebnis (Einheit)	98,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	92,7 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks
Zähler / Nenner	73 / 74
Ergebnis (Einheit)	98,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	92,7 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Ausreichende Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks bei Entlassung
Zähler / Nenner	72 / 73
Ergebnis (Einheit)	98,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	92,6 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	13,4
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,4 - 72,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,8
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Herzkatheteruntersuchung aufgrund von Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße
Zähler / Nenner	6 / 6
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	61,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Selten notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 23,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Häufig notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 56,1%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt, korrigierende Maßnahmen wurden eingeleitet.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h"
Kennzahlbezeichnung	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,0%
Vertrauensbereich	64,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI
Kennzahlbezeichnung	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße in Bezug auf alle durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI)
Zähler / Nenner	18 / 19
Ergebnis (Einheit)	94,7%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,0%
Vertrauensbereich	75,4 - 99,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	5,3
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,7
Vertrauensbereich	0,9 - 23,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,4
Vertrauensbereich	0,4 - 4,7
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei einer Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	2,4min
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,0min
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	11,5min
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12,0min
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3500 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	4 / 16
Ergebnis (Einheit)	25,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 51,1%
Vertrauensbereich	10,2 - 49,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	13 / 945
Ergebnis (Einheit)	1,4%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,7 - 2,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,7
Vertrauensbereich	0,8 - 2,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	17 / 945
Ergebnis (Einheit)	1,8%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,0 - 2,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 1 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	3,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,4
Vertrauensbereich	1,7 - 4,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	A41 -
Kommentar Krankenhaus	Nach interner Analyse wurden Maßnahmen eingeleitet, die potentiell möglichen strukturellen und Prozess-bezogenen Defizite, insbesondere bei den eher multimorbiden und besonders pflegebedürftigen Patienten, zu vermeiden.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 945
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalucera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts, bei Patienten ohne besondere Risiken
Zähler / Nenner	0 / 718
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	251 / 252
Ergebnis (Einheit)	99,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	97,8 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	235 / 236
Ergebnis (Einheit)	99,6%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	97,6 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	16 / 16
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	80,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	189 / 195
Ergebnis (Einheit)	96,9%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	93,5 - 98,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	17 / 17
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,2%
Vertrauensbereich	81,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	97 / 104
Ergebnis (Einheit)	93,3%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,5%
Vertrauensbereich	86,8 - 96,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Zähler / Nenner	190 / 190
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	98,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	12 / 12
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	75,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Zähler / Nenner	122 / 127
Ergebnis (Einheit)	96,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	91,1 - 98,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Zähler / Nenner	122 / 122
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	13 / 201
Ergebnis (Einheit)	6,5%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,4%
Vertrauensbereich	3,8 - 10,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,3 - 0,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	10 / 157
Ergebnis (Einheit)	6,4%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,2%
Vertrauensbereich	3,5 - 11,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Zähler / Nenner	238 / 244
Ergebnis (Einheit)	97,5%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,0%
Vertrauensbereich	94,7 - 98,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	D50 -
Kommentar Krankenhaus	Nach interner Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung wurden Maßnahmen zur Sicherung einer vollständigen Dokumentation des Parameters eingeleitet.

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

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	35 / 36
Ergebnis (Einheit)	97,2%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	85,8 - 99,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	36 / 36
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	90,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 60 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher (sog. VVI-Herzschrittmacher)
Zähler / Nenner	9 / 10
Ergebnis (Einheit)	90,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,0%
Vertrauensbereich	59,6 - 98,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Herzschrittmacher-Implantation Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 90 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher (sog. DDD-Herzschrittmacher)
Zähler / Nenner	26 / 26
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 55,0%
Vertrauensbereich	87,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Herzschrittmacher-Implantation Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	9 / 10
Ergebnis (Einheit)	90,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,0%
Vertrauensbereich	59,6 - 98,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Herzschrittmacher-Implantation Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	25 / 25
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	86,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsendendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung der Sonde im Herzvorhof
Zähler / Nenner	0 / 26
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 12,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsehendendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung von Sonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	0 / 36
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 9,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde im Vorhof
Zähler / Nenner	26 / 26
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	87,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	36 / 36
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	90,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,3
Vertrauensbereich	0,2 - 5,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 77,3\%$
Vertrauensbereich	56,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	10 / 10
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 85,0\%$
Vertrauensbereich	72,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 87,3\%$
Vertrauensbereich	56,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	9 / 9
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 87,5%
Vertrauensbereich	70,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	56,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	4 / 4
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	51,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Anpassen der Herzkammersonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausfalls (mindestens 4 mV)
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	56,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 105 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 55,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus
Kennzahlbezeichnung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	0 / 264
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,4
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,9
Vertrauensbereich	0,1 - 1,3
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie)
Zähler / Nenner	0 / 106
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 3,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten ohne lebensbedrohliche Grunderkrankung (ASA 1-3)
Zähler / Nenner	0 / 264
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Kennzahlbezeichnung	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt, korrigierende Maßnahmen wurden eingeleitet. Gynäkologische Eingriffe erfolgen im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT nur bei dringender medizinischer Indikation im Rahmen allgemeinchirurgischer Eingriffe, nicht aber als geplante OPs

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organerhaltung bei Ovarieingriffen
Kennzahlbezeichnung	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Operation über 48 Stunden nach Bruch des Oberschenkelknochens und Aufnahme im Krankenhaus
Zähler / Nenner	9 / 172
Ergebnis (Einheit)	5,2%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,0%
Vertrauensbereich	2,8 - 9,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	96 / 96
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung bzw. Funktionsstörung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,8
Vertrauensbereich	0,5 - 4,4
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks nach Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,9
Vertrauensbereich	0,2 - 6,7
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,3
Vertrauensbereich	0,1 - 2,5
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,0
Vertrauensbereich	0,0 - 1,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei ansonsten gesunden oder leicht erkrankten Patienten (ASA 1 oder 2)
Zähler / Nenner	0 / 14
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 21,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 3
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung (ASA 3)
Zähler / Nenner	10 / 145
Ergebnis (Einheit)	6,9%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	3,8 - 12,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels fixierender Metallteile
Zähler / Nenner	4 / 75
Ergebnis (Einheit)	5,3%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,1%
Vertrauensbereich	2,1 - 12,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	11 / 96
Ergebnis (Einheit)	11,5%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,7%
Vertrauensbereich	6,5 - 19,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,4
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,9 - 2,2
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	103 / 105
Ergebnis (Einheit)	98,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	93,3 - 99,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	105 / 105
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	103 / 105
Ergebnis (Einheit)	98,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	93,3 - 99,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	0 / 105
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 105
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 105
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,6
Vertrauensbereich	0,1 - 2,5
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse des Einzelfalles durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	3,7
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,7 - 20,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	14 / 16
Ergebnis (Einheit)	87,5%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,2%
Vertrauensbereich	64,0 - 96,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	16 / 16
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	80,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	3,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,0
Vertrauensbereich	0,6 - 16,4
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt, korrigierende Maßnahmen wurden eingeleitet.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 19,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	74 / 74
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	95,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	73 / 74
Ergebnis (Einheit)	98,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	92,7 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks
Zähler / Nenner	73 / 74
Ergebnis (Einheit)	98,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	92,7 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Ausreichende Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks bei Entlassung
Zähler / Nenner	72 / 73
Ergebnis (Einheit)	98,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	92,6 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	13,4
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,4 - 72,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,8
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Herzkatheteruntersuchung aufgrund von Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße
Zähler / Nenner	6 / 6
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	61,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Selten notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 23,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Häufig notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 56,1%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt, korrigierende Maßnahmen wurden eingeleitet.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h"
Kennzahlbezeichnung	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,0%
Vertrauensbereich	64,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI
Kennzahlbezeichnung	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße in Bezug auf alle durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI)
Zähler / Nenner	18 / 19
Ergebnis (Einheit)	94,7%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,0%
Vertrauensbereich	75,4 - 99,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	5,3
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,7$
Vertrauensbereich	0,9 - 23,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,6
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,4$
Vertrauensbereich	0,4 - 4,7
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei einer Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	2,4min
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,0min
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	11,5min
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12,0min
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3500 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	4 / 16
Ergebnis (Einheit)	25,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 51,1%
Vertrauensbereich	10,2 - 49,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	13 / 945
Ergebnis (Einheit)	1,4%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,7 - 2,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,7
Vertrauensbereich	0,8 - 2,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	17 / 945
Ergebnis (Einheit)	1,8%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,0 - 2,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 1 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	3,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,4
Vertrauensbereich	1,7 - 4,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	A41 -
Kommentar Krankenhaus	Nach interner Analyse wurden Maßnahmen eingeleitet, die potentiell möglichen strukturellen und Prozess-bezogenen Defizite, insbesondere bei den eher multimorbiden und besonders pflegebedürftigen Patienten, zu vermeiden.

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 945
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalucera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts, bei Patienten ohne besondere Risiken
Zähler / Nenner	0 / 718
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	251 / 252
Ergebnis (Einheit)	99,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	97,8 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	235 / 236
Ergebnis (Einheit)	99,6%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	97,6 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	16 / 16
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	80,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	189 / 195
Ergebnis (Einheit)	96,9%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	93,5 - 98,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	17 / 17
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,2%
Vertrauensbereich	81,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	97 / 104
Ergebnis (Einheit)	93,3%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,5%
Vertrauensbereich	86,8 - 96,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Zähler / Nenner	190 / 190
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	98,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	12 / 12
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	75,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Zähler / Nenner	122 / 127
Ergebnis (Einheit)	96,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	91,1 - 98,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Zähler / Nenner	122 / 122
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	13 / 201
Ergebnis (Einheit)	6,5%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,4%
Vertrauensbereich	3,8 - 10,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,3 - 0,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	10 / 157
Ergebnis (Einheit)	6,4%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,2%
Vertrauensbereich	3,5 - 11,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Zähler / Nenner	238 / 244
Ergebnis (Einheit)	97,5%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,0%
Vertrauensbereich	94,7 - 98,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	D50 -
Kommentar Krankenhaus	Nach interner Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung wurden Maßnahmen zur Sicherung einer vollständigen Dokumentation des Parameters eingeleitet.

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

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Alle verstorbenen Patienten
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 75 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 75 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 105 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis neun Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schockgebersonde im Vorhof während der Operation
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde im Vorhof
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde in der Herzkammer
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung
Kennzahlbezeichnung	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Kennzahlbezeichnung	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt, korrigierende Maßnahmen wurden eingeleitet. Gynäkologische Eingriffe erfolgen im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT nur bei dringender medizinischer Indikation im Rahmen allgemeinchirurgischer Eingriffe, nicht aber als geplante OPs

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organerhaltung bei Ovareingriffen
Kennzahlbezeichnung	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse des Einzelfalles durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehl-lage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Selten notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Häufig notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.
Kommentar Krankenhaus	Eine interne Analyse durch das Qualitätsmanagement und die Fachabteilung ist erfolgt, korrigierende Maßnahmen wurden eingeleitet.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²)
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit niedrigem Risiko
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 bis 4)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit hohem Risiko
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	S91 -
Kommentar Geschäftsstelle	Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.

Übersicht Bewertung durch den Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
		31	Besondere klinische Situation
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle.
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
		41	Hinweis auf Struktur- oder Prozessmängel
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt.
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht.
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

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

- **Schlaganfall: Akutbehandlung**

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

Da das Krankenhaus nicht an Disease-Management-Programmen teilnimmt, besteht auch keine Verpflichtung zur entsprechenden Qualitätssicherung.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	15

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	2
Ausnahmetatbestand	Notfälle, keine planbaren Leistungen

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

Es wurden keine Vereinbarungen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach §137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V getroffen, da die im Gesetz beschriebenen Therapien im Haus nicht angeboten werden.

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

Nr.		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	47
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]	43
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	14

D Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement

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

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

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

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



Audits

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

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



Risikomanagement

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

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

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

- Die Erhöhung der Behandlungssicherheit im Rahmen der Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT.
- Die Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich.



Meinungsmanagement



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

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

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



Zertifizierungen

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

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



pCC-zertifiziert nach DIN
EN ISO 9001 : 2008



Zertifiziertes Kompetenzzentrum für
Schilddrüsen- und
Nebenschilddrüsenerkrankungen



Zertifiziertes
Darmkrebszentrum der
Deutschen Krebsgesellschaft
e. V.



Zertifiziertes EndoProthetikZentrum
Darmstadt am AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT



Qualitätssiegel Geriatrie –
Herausgegeben vom
Bundesverband Geriatrie



Ideenbörse

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



Befragung

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

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

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Kooperation mit dem Rettungsdienst
- Gefäß- und Darmzentrum
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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



Projektorganisation

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage „Was können wir noch besser machen?“ helfen dabei, uns stetig weiter zu entwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Deshalb freuen wir uns, allen Interessierten einen Einblick in ein ausgewähltes Projekt zu geben:

Einführung des Patientenarmbandes

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