

Qualitätsbericht 2021

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2021

Erstellt am 31.12.2022



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	10
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	27
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	46
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	47
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	48
B-1	Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie.....	48
B-2	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.....	64
B-3	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	74
B-4	Klinik für Geriatrische Medizin.....	85
B-5	Geriatrische Tagesklinik	94

B-6	Zentrum für Palliativmedizin	99
B-7	Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie	107
B-8	Abteilung für Radiologie.....	113
B-9	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.....	118
B-10	Psychiatrische Tagesklinik	129
B-11	Gerontopsychiatrische Tagesklinik.....	136
C	Qualitätssicherung.....	142
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	143
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	184
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	184
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	184
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	185
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	186
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	186
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	187
D	Qualitätsmanagement.....	189

- Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

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

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Michael Nowotny
Telefon	06151/403-5001
Fax	06151/403-5009
E-Mail	michael.nowotny@agaplesion.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

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

Link zu weiterführenden Informationen:

Frankfurt am Main, im Dezember 2022

Sehr geehrte Leser:innen,

die AGAPLESION gAG ist in diesem Jahr 20 Jahre alt geworden. Von Anfang an hatten wir den Anspruch, unseren Patient:innen zugewandte und ganzheitliche Medizin und Pflege nach modernen Qualitätsstandards zu bieten. Die Organisation und Medizinstrategie wurden beständig weiterentwickelt, um neuen Trends einen Schritt voraus zu sein und um die Expert:innen stärker in die Mitgestaltung und Ausarbeitung innovativer Ideen einzubeziehen.

Die hohe Qualität bei AGAPLESION ist das Ergebnis unserer guten Zusammenarbeit und von intern und externen Qualitätsprüfungen (Auditprogrammen). Unseren mehr als 22.000 Mitarbeiter:innen bieten wir umfangreiche Fort- und Weiterbildungen, die Ausgestaltung persönlicher Karrierewege und die Partizipation aller Hierarchieebenen. Einfach ausgedrückt: Wir möchten, dass sie gerne zu uns kommen, weil sie sich auf ihre Kolleg:innen und ihre Aufgaben freuen.

... Kultur: Als christlicher Gesundheitskonzern messen wir einer Gemeinschaft, die von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägt ist, eine hohe Bedeutung bei. Sie trägt dazu bei, dass Mitarbeiter:innen ihr kreatives Potenzial einbringen und ihre Arbeit als sinnhaft und erfüllend empfinden. Gesundheitsdienstleistungen sind derart komplex geworden, dass kollaboriertes Arbeiten und Interdisziplinarität enorm an Bedeutung gewonnen haben.

... Austausch: Unsere Mitarbeiter:innen treffen sich zu Gremien und Expert:innenboards zu unterschiedlichen Themen. Gemeinsam erarbeiten sie innovative und zukunftsorientierte Lösungen für alle Unternehmensbereiche. Neue Projekte können in Piloteinrichtungen getestet, auf die Bedürfnisse vor Ort angepasst und konzernweit übernommen werden. So stellen wir sicher, dass neue Ideen unseren hohen Qualitätsansprüchen genügen.

... Interdisziplinarität: Komplementäre Fachabteilungen sorgen für einen ganzheitlichen 360-Grad-Blick auf unsere Patient:innen. Die Expertise und die Routine der Teams bei komplexen Eingriffen sind hoch, und sie verfügen über eine exzellente medizintechnische und räumliche Ausstattung. Unsere Kliniken haben zahlreiche Zertifizierungen als Nachweis z. B. für die onkologische, endoprothetische, traumatologische und kardiologische Expertise.

Qualität ist für uns eng gekoppelt an motivierte und inspirierte Mitarbeiter:innen, die sich in einem attraktiven Unternehmen persönlich und fachlich weiterentwickeln möchten. Gemeinsam tun unsere Teams alle dafür, damit sich unsere Patient:innen und deren Angehörige bei AGAPLESION medizinisch und pflegerisch gut versorgt und behandelt wissen. Wir sind vertrauensvolle und verlässliche Wegbegleiter in persönlich herausfordernden Zeiten.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

bereits vor 20 Jahren ist im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH in Darmstadt ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt worden. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik - von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bis zur Administration – begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Umsetzung anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft werden. Dabei muss das Ergebnis für die Patient:innen nachvollziehbar sein, mit dem Ziel einer bestmöglichen Kundenzufriedenheit.

„Qualität ist das Gegenteil von Zufall“, sagt ein Sprichwort. Was das konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten im Qualitätsbericht für das Jahr 2021. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen steht Ihnen unsere Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik, Frau Michèle Holstein, unter der Telefonnummer 06151/ 403 – 5021 oder per E-Mail zur Verfügung: michele.holstein@agaplesion.de. Weitere Informationen finden Sie unter www.agaplesion-elisabethenstift.de.

Darmstadt, den 31. Dezember 2022



Michael Nowotny
Geschäftsführer
AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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



Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

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

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

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

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

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

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Michael Nowotny
Telefon	06151/403-5001
Fax	06151/403-5009
E-Mail	Geschaeftsfuehrung.sekretariat@agaplesion.de

Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort	
Standortname:	AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS
Hausanschrift:	Landgraf-Georg-Straße 100 64287 Darmstadt
Telefon:	06151/403-0
Fax:	06151/403-8080
Institutionskennzeichen:	260641301
Standortnummer aus dem Standortregister:	772448000
Standortnummer (alt)	99
URL:	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Michael Nowotny
Telefon	06151/403-5001
Fax	06151/403-5009
E-Mail	Geschaeftsfuehrung.sekretariat@agaplesion.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Über die strukturierte Aufnahme und Steuerung durch das Patientenmanagement, die Bereichspflege mit einer höchstmöglichen Kontinuität auf Station, bis hin zu dem Entlassmanagement, das eine nachstationäre Versorgung des Patienten gewährleistet, werden die bestmöglichen Leistungen erbracht.
MP21	Kinästhetik	Die Auszubildenden des Krankenhauses erhalten in ihrer theoretischen Ausbildung von einer Trainerin einen Grundkurs Kinästhetik in der Pflege. In der praktischen Ausbildung werden sie in der Umsetzung von der KliniklehrerIn (KinästhetiktrainerIn) und der PraxisanleiterIn unterstützt.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Das Amb. Therapiezentrum bietet neben der stationären Versorgung auch eine ambulante Versorgung der Patienten an, so dass insbesondere auch nach Entlassung die Therapie bei den gewohnten Therapeuten weitergeführt werden kann, z.B. Wärme- u. Kältetherapie, Ultraschall- u. Elektrotherapie, Kinesio-Taping.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Diese Angebote können nach Abschluss der Behandlung bei Verordnung durch den behandelnden Arzt im Ambulanten Therapiezentrum weitergeführt werden, z.B. Krankengymnastik am Gerät, manuelle Therapie, Sportphysiotherapie, Schlingentisch (Traktionsbehandlung), Atemtherapie, Gangschule.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Mit Unterstützung der Krankenkassen bietet die Abteilung für Physikalische Therapie Wirbelsäulengymnastik im ambulanten und stationären Bereich an.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Monatlich findet eine Vortragsveranstaltung "Medizin im Dialog" und "Pflege im Dialog" durch die Ärzte bzw. Fachexperten zu unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Themen statt. Im Jahr 2019 wurden insg. 15 Vorträge für Interessierte gehalten.
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP63	Sozialdienst	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name	Frau Michaela Rieth
Telefon	06151/403-0
E-Mail	Michaela.Rieth@agaplesion.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Jährlich werden bis zu 15 Auszubildende des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS zukunftsorientiert auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen vorbereitet und in theoretischen sowie praktischen Ausbildungsstunden als Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ausgebildet.
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	Als ein Trägerkrankenhaus vom Diakonieseminar AGAPLESION bieten wir mit dem Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Wiesbaden Ausbildungsplätze für OTA's an. Die praktische Ausbildung erfolgt u.a. am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS.
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und die Klinik für Geriatrische Medizin und Zentrum der Alterstraumatologie ist praktischer Ausbildungsort für Ergotherapeuten der Hochschule Fresenius.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	

A-9 Anzahl der Betten

Betten

Betten 419

A-10 Gesamtfallzahlen

Im Folgenden wird der Umfang der Leistungen dargestellt.

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

Bei den ambulanten Leistungen wird zum einen die "Fallzählweise" genutzt, d.h. jeder ambulante Kontakt eines Patienten oder einer Patientin mit den Fachabteilungen wird gezählt. Anders ausgedrückt wird unter "Patientenzählweise" dargestellt, wie viele ambulante Patienten und Patientinnen im Jahr 2021 im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS behandelt wurden, unabhängig von der Anzahl der Kontakte pro Patient.

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

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

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	9026
Teilstationäre Fallzahl	110
Ambulante Fallzahl	17652
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 97,85

Kommentar: Vollkräfte

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	85,53	
Ambulant	12,32	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	94,01	
Nicht Direkt	3,84	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 49,26
Kommentar: Vollkräfte

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	42,38	
Ambulant	6,88	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	46,95	
Nicht Direkt	2,31	

A-11.2 Pflegepersonal

Ein Großteil dieses Personals entfällt auf den Bereich Patientenmanagement.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre
Personal insgesamt
Anzahl Vollkräfte: 241,33

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	216,27	
Ambulant	25,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	236,63	
Nicht Direkt	4,7	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 16,13
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,13	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 22,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,25	
Ambulant	1,69	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,94	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,47

Kommentar: Dieses beinhaltet ebenfalls Stationshilfen und -sekretariat

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,43	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,47	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 11,33

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,69	
Ambulant	0,64	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,33	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 45,22

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	41,53	
Ambulant	3,69	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	45,22	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 6,64

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,64	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,64	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,3

Personal aufgeteilt nach:

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

Stationär 3,3

Ambulant 0

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

Direkt 3,3

Nicht Direkt 0

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,46

Personal aufgeteilt nach:

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

Stationär 0,46

Ambulant 0

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

Direkt 0,46

Nicht Direkt 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

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

Stationär 0,9

Ambulant 0,1

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

Direkt 1

Nicht Direkt 0

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 6,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,23	
Ambulant	0,92	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,15	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,93

Kommentar: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,64	
Ambulant	0,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,93	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 5,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,46	
Ambulant	0,79	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,25	
Nicht Direkt	0	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,91

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,91	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 3,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,06	
Ambulant	0,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,6	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	3	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 6,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,23	
Ambulant	0,92	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,15	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 14,56

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,38	
Ambulant	2,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,56	
Nicht Direkt	0	

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,23	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,27	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,43	
Ambulant	0,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 7,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,57	
Ambulant	1,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,73	
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,44

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,44	
Nicht Direkt	0	

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,64	
Ambulant	0,11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 4,36

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,71	
Ambulant	0,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,36	
Nicht Direkt	0	

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 21,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,28	
Ambulant	3,23	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,51	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,93

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,64	
Ambulant	0,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,93	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 2,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,83	
Ambulant	0,32	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,15	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 4,05

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,05	
Nicht Direkt	0	

A-12 **Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

A-12.1 **Qualitätsmanagement**

A-12.1.1 **Verantwortliche Person**

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

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

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

A-12.1.2 **Lenkungsgremium**

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

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

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

Lenkungsgremium

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

A-12.2 **Klinisches Risikomanagement**

A-12.2.1 **Verantwortliche Person**

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

Angaben zur Person

Angaben zur Person Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

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

A-12.2.2 **Lenkungsgremium**

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

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

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

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

- Justiziarin AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN
- Leiterin Zentraler Dienst Interne Revision AGAPLESION
- Mitarbeiterin Zentraler Dienst Qualitätsmanagement AGAPLESION
- Leiter Zentraler Dienst Kaufmännisches Controlling AGAPLESION
- Leiterin Zentraler Dienst Qualitätsmanagement AGAPLESION
- Mitarbeiterin AGAPLESION Kompetenzzentrum Wohnen & Pflegen
- Geschäftsführer AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

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

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

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

A-12.2.3 *Instrumente und Maßnahmen*

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGA Risikomanagement Datum: 15.03.2021	AGA Qualitätsmanagement AGA Qualitätspolitik AGA Interne und Externe Qualitätssicherung AGA Qualitätsbericht AGA Managementbewertung AGA EinsA Qualitätsversprechen AGA Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen AGA Patientensicherheit AGA Risikomanagement
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		AGA Fort- und Weiterbildung AGA Dienstleistungsangebot e QMZ QMT-Schulungen; Schulungen im Dokumentenmanagementsystem roXtra; Audit-Schulungen; Schulungen im Bereich Risikomanagement und CIRS; Schulungen im Bereich Meinungsmanagement etc.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung (AGA Mitarbeiterbefragung) haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: EKE Medizinisches Notfallmanagement Datum: 21.03.2018	Das klinische Notfallmanagement ist am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT durch ein einheitliches Notfallkonzept geregelt, welches auf neuen wissenschaftlichen Richtlinien, unter anderem der Bundesärztekammer, basiert. Das Notfallkonzept gewährleistet eine schnelle und angemessene Patientenversorgung sowie eine einheitliche Information der Mitarbeiter zur korrekten Vorgehensweise in Notfallsituationen. Der Prozess zum klinischen Notfallmanagement wird engmaschig von der Abteilung Qualitätsmanagement überprüft.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM05	Schmerzmanagement	Name: EKE Handbuch Schmerztherapie Datum: 13.01.2021	Im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT erhält jeder Patient mit akuten, tumorbedingten chronischen sowie zu erwartenden Schmerzen ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf erträgliches Maß reduziert oder beseitigt. Die Schmerzintensität wird durch standardisierte Messverfahren erfasst. Im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT werden Sie, neben den für Sie zuständigen Ärzten, zusätzl. von einer speziell im Thema Schmerz weitergebildeten Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft , der „Pain Nurse“, betreut und mit der für Sie notwendigen Schmerzmedikation versorgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM06	Sturzprophylaxe	Name: EKE Pflegestandard Sturzprophylaxe Datum: 28.04.2018	Bei jeder Neuaufnahme von Patienten wird im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT das individuelle Sturzrisiko durch eine examinierte Pflegekraft erfasst und dokumentiert. Alle durchgeführten Maßnahmen zur Sturzprophylaxe verfolgen das Ziel, das Sturzrisiko zu reduzieren, bzw. Stürze zu verhindern. Darunter fallen unter anderem die Einweisung von Patienten in die Verwendung von Mobilitätshilfsmitteln, die Kontrolle der Hör- und Sehfähigkeit sowie die Beseitigung von potentiellen Unfallquellen.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: EKE Pflegestandard Dekubitusprophylaxe Datum: 05.05.2022	Bei jeder Neuaufnahme von Patienten wird im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT das individuelle Dekubitusrisiko durch eine examinierte Pflegekraft erfasst und dokumentiert. Alle durchgeführten Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe verfolgen das Ziel ein Dekubitalgeschwür zu verhindern.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: EKE Freiheitsentziehende Maßnahmen Datum: 27.09.2019	Im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT ist der Umgang sowie die Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen durch mehrere Verfahrensweisungen geregelt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AGA AMTech Anweisung für Anwender Datum: 14.07.2017	Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen und sonstigen Mängeln mit Medizinprodukten ist geregelt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Qualitätszirkel	In unsere Einrichtung finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen statt. Hier arbeiten Fachleute aus unterschiedlichen Fachabteilungen zusammen, um Krankheitsgeschichten und Befunde zu besprechen. Ziel ist ein konstruktiver und kritischer Austausch zur eigenen Vorgehensweise.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Wir setzen standardisierte Aufklärungsbögen ein, um unsere Patienten in die Lage zu versetzen Ihre medizinische Situation soweit zu verstehen, damit sie eine fundierte Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich treffen können.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Durch eine systematische OP-Vorbereitung und festgelegte Kontrollpunkte während des ganzen Behandlungsprozesses, wird ein reibungsloser Ablauf sichergestellt. Hierfür kommen standardisierte OP-Checklisten zum Einsatz.
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: EKE Anästhesie komplexer Eingriffe Datum: 12.05.2020	Im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT besteht bei geplanten komplexen Eingriffen die Möglichkeit der Eigenblutspende.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: AGA Patientenrechtegesetz Datum: 27.11.2015	In den operativen Abteilungen des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT werden neben den Indikationssprechstunden tägliche Fallbesprechungen zur präoperativen Befundung und Therapiefestlegung durchgeführt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: EKE Patientenidentifikationsarmband Datum: 12.02.2015	Das Identifikationsarmband (AGA Patienten-Identifikationsarmband Umgang) dient dazu, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen. Dies orientiert sich an der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebenen Handlungsempfehlung.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: EKE Aufwachraum Leitfaden Datum: 18.08.2018	Am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT sind alle relevanten Vorgänge zur postoperativen Überwachung der Patienten im Leitfaden Aufwachraum beschrieben.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM18	Entlassungsmanagement	Name: EKE Entlassmanagement Somatik Datum: 15.08.2016	<p>Das Entlassmanagement im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT Evangelisches Krankenhaus wurde auf der Grundlage des § 11 Abs. 4 SGB V etabliert, in dem es heißt:</p> <p>"(4) Versicherte haben den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Dazu haben die Krankenhäuser ein Entlassmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten (...)."</p> <p>Dabei arbeitet das Überleitungs- und Entlassmanagement im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT transparent, schnell, vollständig und kostengünstig.</p>

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

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

Internes Fehlermeldesystem

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

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	21.03.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	halbjährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	6
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	4
Hygienebeauftragte in der Pflege	23

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom.
autorisiert Ja

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

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom.
autorisiert Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene
Resistenzlage angepasst Ja

Leitlinie durch
Geschäftsführung/Arzneimittel-
/Hygienekom. autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor Ja

1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur
Antibiotikaprophylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der
Antibiotikaprophylaxe Ja

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

3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten
Patienten strukturiert überprüft Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	23,82 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	149,44 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

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

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

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Das Lob- und Beschwerdemanagement, unser sogenanntes Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, weil dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (AGA Meinungsmanagement) für alle Einrichtungen vor. Dort ist geregelt, innerhalb wie vieler Tage eine Rückmeldung an den Meinungsgeber erfolgen sollte (falls bekannt) und wie der weitere Prozess intern geregelt ist.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige oder Besucher gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeitenden äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch Frau Steindecker, Pflegedirektorin und Meinungsmanagementbeauftragte, nimmt Meinungen gerne entgegen. Die Kontaktdaten des Ansprechpartners sind zudem veröffentlicht, so dass eine Meinung auch telefonisch mitgeteilt werden kann.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Für unsere Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Sofern von den Patienten, Angehörigen oder Besuchern gewünscht, können Mitarbeiter helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Die Rückmeldung an den Meinungsführer liegt innerhalb einer festgelegten Frist (optimal innerhalb von 5 Tagen), sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt.

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

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

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

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

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

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

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion Pflegedirektorin

Titel, Vorname, Name Birgit Steindecker

Telefon 06151/403-7701

Fax 06151/403-7709

E-Mail birgit.steindecker@agaplesion.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

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

Kommentar

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

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

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

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

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Angaben zur Person

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

Verantwortliche Person AMTS

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:
Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.
- Medikationsprozess im Krankenhaus:
Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:
Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –
Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.
Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. – Verabreichung gemacht werden.
- Entlassung:
Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Zugeordnete Notfallstufe Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung Nein

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt

Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe

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

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie

B-1.1 Allgemeine Angaben - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie

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

Die invasive Kardiologie wird in einem Herzkatheterlabor am Standort Elisabethenstift betrieben. Schwerpunkte der Tätigkeit im Herzkatheterlabor sind die invasive Angiologie und die elektive kardiologische Diagnostik von Patienten mit koronarer Herzkrankheit, Herzklappenfehlern und Kardiomyopathien. Die Sektion Gastroenterologie versorgt Patienten mit Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens, des Zwölffingerdarms, der Leber inklusive Gallenwege, der Bauchspeicheldrüse und des Dünn- bzw. Dickdarms unter Einbeziehung der Erkrankungen des Darmausganges. Dabei wird ein umfassendes Programm an Diagnostik und Therapie angeboten.

Es erfolgt eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie auf den Stationen A11/A12 in dem bereits im Jahr 2004 gegründeten Interdisziplinären Magen-Darm-Zentrum. Ein wichtiger Bestandteil dieser Kooperation ist die gemeinsame Fallbesprechung: regelmäßig finden Gesprächsforen aller, mit der Behandlung des einzelnen Patienten befassten Spezialisten, mit dem Ziel, die für ihn optimale Behandlungsstrategie zu entwickeln statt. Eine dieser Fallbesprechungen ist speziell für Patienten mit Tumorerkrankungen ausgerichtet (sogenanntes "Tumorboard"). Diesem Forum gehören Ärzte und assoziierte Einrichtungen (z. B. Onkologen, Strahlentherapeuten, Pathologen, u. a.) Darmstadts und der Umgebung an. Auf diesem Weg wird auch die gegenseitige Überleitung der Patienten optimiert und eine Doppeldiagnostik vermieden. 2009 wurde, in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Partnern, das "Darm-Zentrum am Elisabethenstift Darmstadt" von OnkoZert zertifiziert. Am 27.11.2022 wurden die vorhandenen Qualitätskriterien in einer erfolgreichen Re-Zertifizierung bestätigt.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

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

Geschäftsführender Oberarzt Klinik für Innere Medizin, Leiter Zentrale Notaufnahme
 Dr. med. Jens Büttner
 (Innere Medizin, Internistische Intensivmedizin, Kardiologie, Notfallmedizin,
 Ernährungsmediziner DAEM/DGEM)
 Tel.: (06151) 4 03 - 1912
 Fax: (06151) 4 03 - 19199
 E-Mail: jens.buettner@agaplesion.de

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

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

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

Oberärztin Klinik für Innere Medizin
 Kordula Rützel
 (Innere Medizin, Intensivmedizin)
 Tel.: 06151 / 4 03 - 19 12 (Patientenmanagement)
 Fax: 06151 / 4 03 - 19 19
 E-Mail: kordula.ruetzel@agaplesion.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie	Kommentar
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	Diagnostik und Therapie: - Serologische Diagnostik - Spezifische Pharmakologische Therapie
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Strukturierte Beratung bei Diabetes mellitus durch eine Diabetesberaterin. Ggf. endokrinologisches Konsil durch einen am Ärztehaus niedergelassenen Arzt.
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	Diagnostik und Therapie: - Liquorpunktion - Bildgebende Verfahren (CCT, MRT) - Antibiotika-Therapie - Intensivmedizinische Betreuung
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Im Lungenzentrum Darmstadt, das gemeinsam mit Facharztpraxen am MVZ betrieben wird, stehen alle modernen diagnostischen und therapeutischen Verfahren zur Verfügung. Im klinikeigenen Zentrum für Endoskopie kann modernste endoskopische Lungendiagnostik und -therapie praktiziert werden.
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Diagnostik und Therapie: - Sonographie - Endosonographie - ERCP - Steinextraktion und -zertrümmerung - Dilatation/ Stentimplantation - Perkutane Ableitung der Gallenflüssigkeit - Sphinkterotomie
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Diagnostik und Therapie: - Prokto- / Rektoskopie - Hämorrhoidenligatur - Polypektomie - Dilatationsbehandlung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie	Kommentar
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Diagnostik und Therapie: - Ösophago-Gastro-Duodeno- Jejunoskopie - Polypektomie - Laserverfahren - Endoskopische Blutstillung - Ösophagus-Varizenligatur - Kapselendoskopie - Calprotectinbestimmung - pH-Metrie
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Kooperation mit der Klinik für Geriatrische Medizin
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Diagnostik bzw. Therapie: - Labordiagnostik - Antikoagulantientherapie - Selbstkontrolle der Antikoagulation
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	In die Patientenbetreuung ist eine hämatologisch-onkologische Schwerpunktpraxis einbezogen (Konsiliarsystem): - Labordiagnostik - Knochenmarkspunktion - Immuntherapie - Chemotherapie - Teilnahme am Tumorboard (s. Darmzentrum)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Diagnostik und Therapie: - Labordiagnostik - Serologie - Moderne bildgebende Verfahren - Antibiotikatherapie - Immuntherapie
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Diagnostik und Therapie: - Belastungs-EKG - Stress-Echo - Herzkatheter-Diagnostik - Farbdopplerechokardiographie - Herzkatheterdiagnostik - Koronarinterventionen
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Farbduplexsonographie - Gefäßinterventionen (s. Kardiologie Mathildenhöhe)
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Diagnostik und Therapie: - Pleurapunktionen - Pleurodesen - Drainagetechniken - Chemotherapie - Pneumothoraxbehandlung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie	Kommentar
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Diagnostik und Therapie: - Doppler incl. Farbdopplersonographie - Venenkompressionssonographie
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Diagnostik und Therapie: - Serologische Diagnostik - Basistherapie - Immuntherapie, monoklonale Antikörper
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	In die Patientenbetreuung ist eine nephrologische Schwerpunktpraxis einbezogen (Konsiliarsystem). Auf der Interdisziplinären Intensivstation können auch folgende Behandlungen durchgeführt werden: - Dialysebehandlungen - Hämofiltration - Sonographie - MR-Angiographie (Radiologie)
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik und Therapie solider Tumoren Knochenmarkszytologie, -biopsie Kooperation mit Facharztpraxis Pathologie und Schwerpunktzentrum
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	Die Klinik betreibt ein akkreditiertes (DGSM) Schlaflabor zur Diagnostik und Therapie von schlafbezogenen Atemstörungen, z.B.: - Einstellung auf druckunterstützte Beatmung (CPAP, BiPAP) - Multiple-Schlaflatenz-Tests - Maskenanpassung
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	Diagnostik und Therapie: - Langzeit-EKG-Monitoring - Event-Recorder - Pharmakologische Therapie - Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie - Elektro-Kardioversion - Invasive Diagnostik und Ablationen (Elektrophysiologie und Interventionen) (s. Kardiologie Mathildenhöhe)
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie	Kommentar
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Diagnostik und Therapie: - Duplexsonographie (Halsgefäße) - EEG
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Farbduplexsonographie MR-Angiographie (Radiologie)
VI35	Endoskopie	Durchführung nicht-invasiver und invasiver Untersuchungs- u. Behandlungsverfahren. Dazu zählen u.a.: Magen-, Darm- u. Gallengangs-Endoskopien, Helicobacter-Diagnostik u. -Therapie, 24-Stunden-Notfallversorgung von akuten Blutungen sowie weitere diagnostische u. therapeutische Verfahren: Kapselendoskopie
VI20	Intensivmedizin	Die Interdisziplinäre Intensivstation verfügt über 11 Betten. Schwerpunkte stellen die invasiven und nicht-invasiven Beatmungsverfahren, die postoperative Betreuung kritisch Kranker, die kardiologische, pneumologische und gastroenterologische Intensivmedizin dar.
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	Therapie: - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen - Infusionstherapie - Vasoaktive Substanzen - Invasive Diagnostik und Therapie (s. Kardiologie Mathildenhöhe)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie	Kommentar
VC05	Schrittmachereingriffe	Alle modernen Ein- und Zweikammersysteme implantiert und nachbetreut (Herzschrittmacher-Spezialsprechstunde): - Ein- und Zweikammerschrittmacher - Frequenzadaptive Systeme - Event-Recorder
VI27	Spezialsprechstunde	Es stehen zur Verfügung: - Herzschrittmacher- und Defibrillatorambulanz - Gastroenterologische Sprechstunde - Pneumologische/Allergologische Sprechstunde - Kardiologische Sprechstunde
VI42	Transfusionsmedizin	In Kooperation mit der Abteilung für Anästhesie, OP und Schmerztherapie. Weitere Informationen: s. Abteilung für Anästhesie, OP und Schmerztherapie.

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

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	4082
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	284	Herzschwäche
2	J12	188	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
3	J44	175	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
4	I48	106	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
5	J18	105	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
6	N39	96	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	K29	91	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
8	R55	89	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
9	A09	86	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
10	K57	85	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
11	I10	78	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
12	C25	70	Bauchspeicheldrüsenkrebs
13	G47	67	Schlafstörung
14	E86	65	Flüssigkeitsmangel
15	J69	65	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut

B-1.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

B-1.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Prozeduren bzw. Operationen der Fachabteilung.

B-1.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1336	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	8-98g	789	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
3	8-930	623	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	1-440	597	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
5	1-650	565	Diagnostische Koloskopie
6	1-63b	536	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes
7	1-653	532	Diagnostische Proktoskopie
8	8-980	499	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
9	5-513	364	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
10	8-931	350	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
11	8-800	319	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
12	1-655	264	Chromoendoskopie des unteren Verdauungstraktes
13	5-469	248	Andere Operationen am Darm
14	5-452	243	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
15	1-642	222	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
16	1-710	214	Ganzkörperplethysmographie
17	3-035	207	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
18	3-055	195	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
19	1-444	186	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
20	1-713	160	Messung der funktionellen Residualkapazität [FRC] mit der Helium-Verdünnungsmethode
21	8-701	159	Einfache endotracheale Intubation
22	1-711	158	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
23	1-266	156	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
24	1-790	146	Polysomnographie
25	8-144	133	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
26	1-275	121	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
27	1-620	120	Diagnostische Tracheobronchoskopie
28	3-056	104	Endosonographie des Pankreas
29	1-844	102	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
30	8-706	90	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
31	5-449	86	Andere Operationen am Magen
32	3-05a	85	Endosonographie des Retroperitonealraumes
33	8-854	85	Hämodialyse
34	8-640	78	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
35	8-152	75	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
36	5-429	74	Andere Operationen am Ösophagus
37	8-717	72	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
38	8-83b	72	Zusatzinformationen zu Materialien
39	1-651	69	Diagnostische Sigmoidoskopie
40	8-153	67	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
41	3-052	66	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
42	1-853	64	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle
43	1-442	63	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
44	8-812	61	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen

B-1.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

B-1.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

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

Gastroenterologische/ Endoskopische Ambulanz

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

Gastroenterologische/ Endoskopische Ambulanz

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

Herzschrittmacherambulanz

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

Internistische Ambulanz

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

Notaufnahme

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

Pneumologische Ambulanz

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

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	186	Diagnostische Koloskopie
2	5-787	157	Entfernung von Osteosynthesematerial
3	5-452	88	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
4	5-812	73	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5	1-444	70	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
6	8-200	49	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese
7	5-399	47	Andere Operationen an Blutgefäßen
8	8-201	45	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese
9	5-810	33	Arthroskopische Gelenkoperation

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	5-811	22	Arthroskopische Operation an der Synovialis
11	5-056	20	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
12	5-840	20	Operationen an Sehnen der Hand
13	5-814	18	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
14	5-850	18	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
15	5-790	13	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 32,1

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,21	
Ambulant	2,89	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,04	
Nicht Direkt	1,06	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 139,74666

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14,19

Kommentar: Die anderen Ärzte befinden sich in der Weiterbildung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,01	
Ambulant	1,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,13	
Nicht Direkt	1,06	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 313,75865

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 55,67

Kommentar: Auf der Intensivstation werden ausschließlich examinierte Pflegekräfte eingesetzt.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	50,66	
Ambulant	5,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	55,46	
Nicht Direkt	0,21	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 80,57639

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3887,61905

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,47

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,43	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9493,02326

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,79	
Ambulant	0,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5167,08861

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,87	
Ambulant	0,78	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 518,67853

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,62	
Ambulant	0,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6583,87097

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP16	Wundmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP02	Bobath
ZP24	Deeskalationstraining

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-2 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-2.1 Allgemeine Angaben - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Ein besonderer Schwerpunkt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie liegt auf Operationen des Bauchraumes, die im Rahmen des Magen-Darm-Zentrums - einer Kooperation mit der Klinik Gastroenterologie der Klinik für Innere Medizin - auf der Station A11/A12 erbracht werden. Sämtliche minimal-invasive Operationsverfahren im Abdomen (laparoskopische Eingriffe am Dickdarm, Dünndarm, Magen, Leber, usw.) kommen dabei zum Einsatz. Insbesondere werden auch bei Tumoren des Bauchraumes onkologische Operationen durchgeführt. Die Behandlung dieser Patienten wird im Rahmen einer interdisziplinären Besprechung (Tumorboard) mit den Gastroenterologen und niedergelassenen Ärzten im Rahmen des "Darmzentrums am Elisabethenstift Darmstadt" koordiniert. Das Darmzentrum wurde erstmals am 28.10.2009 durch OnkoZert zertifiziert und die hervorragende Qualität durch eine erfolgreiche Re-Zertifizierung im Jahr 2021 bestätigt. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Chirurgie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse dar. Hierbei werden moderne Operationsverfahren wie das intraoperative Neuromonitoring eingesetzt.

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

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

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

Oberärztin Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Dr. med. Roxana Ghinea
E-Mail: roxana.ghinea@agaplesion.de

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

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Kommentar
VC24	Tumorchirurgie	Sämtliche Tumoren des Bauchraumes und der Schilddrüse werden operiert. Die weitere Tumorbehandlung erfolgt innerhalb des Magen-Darm-Zentrums in Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin und niedergelassenen Onkologen.
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Behandlung von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes erfolgt innerhalb des Gastrozentrums in Kooperation mit der Inneren Abteilung. So werden sämtliche Eingriffe bei gastrointestinalen Erkrankungen einschließlich Tumorerkrankungen der Bauchspeicheldrüse, der Gallenblase & der Gallenwege durchgeführt.
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Auch die Magen-Darm-Chirurgie erfolgt innerhalb des Darmzentrums in Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin. So werden insbesondere auch Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen behandelt.
VC21	Endokrine Chirurgie	Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie. Hier werden sämtlich Eingriffe an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse durchgeführt. Standard ist das intraop. Neuromonitoring
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	S. minimal-invasive laparoskopische Operationen.
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Durchgeführt werden u.a. minimal-invasive Operationen bei Leistenhernien, bei Narbenhernien, bei Schilddrüsen- sowie Nebenschilddrüsenoperationen sowie minimal-invasive laparoskopische Kolonresektion Operationen.
VC06	Defibrillatoreingriffe	In Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin.
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC05	Schrittmachereingriffe	Durch die Klinik für Innere Medizin.

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

B-2.5 Fallzahlen - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1243
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	210	Gallensteinleiden
2	K40	107	Leistenbruch (Hernie)
3	K35	101	Akute Blinddarmentzündung
4	K57	101	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
5	E04	70	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	K56	48	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
7	K59	42	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
8	C20	40	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
9	C18	37	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
10	K43	33	Bauchwandbruch (Hernie)
11	K64	26	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
12	L02	22	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
13	D12	21	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afteres
14	K42	21	Nabelbruch (Hernie)
15	K61	19	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afteres

B-2.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

B-2.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

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

B-2.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-511	252	Cholezystektomie
2	5-469	138	Andere Operationen am Darm
3	5-455	126	Partielle Resektion des Dickdarmes
4	5-916	125	Temporäre Weichteildeckung
5	5-530	115	Verschluss einer Hernia inguinalis
6	5-069	107	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen
7	5-470	103	Appendektomie
8	5-399	77	Andere Operationen an Blutgefäßen
9	1-653	60	Diagnostische Proktoskopie
10	5-061	57	Hemithyreoidektomie
11	5-534	53	Verschluss einer Hernia umbilicalis
12	5-493	50	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
13	5-896	47	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
14	5-484	40	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
15	5-063	38	Thyreoidektomie

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notaufnahme am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

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

Vor- und nachstationäre Sprechstunden

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

Chefarztsprechstunde

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

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM - Zentrum für Enddarm-Leiden

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

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	14	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	5-534	7	Verschluss einer Hernia umbilicalis
3	5-493	5	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
4	5-897	5	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
5	5-492	4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
6	1-502	< 4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
7	1-586	< 4	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision
8	1-650	< 4	Diagnostische Koloskopie
9	5-385	< 4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
10	5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
11	5-452	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
12	5-482	< 4	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums
13	5-490	< 4	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
14	5-491	< 4	Operative Behandlung von Analfisteln
15	5-494	< 4	Durchtrennung des Sphincter ani [Sphinkterotomie]
16	5-530	< 4	Verschluss einer Hernia inguinalis

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,82

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,16	
Ambulant	1,66	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,75	
Nicht Direkt	0,07	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 111,37993

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,04	
Ambulant	0,74	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,71	
Nicht Direkt	0,07	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 246,62698

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 14,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,57	
Ambulant	1,88	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,17	
Nicht Direkt	1,28	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 98,88624

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 24860

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,06	
Ambulant	0,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,07	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 20716,66667

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 62150

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ02	Diplom

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-3 Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

B-3.1 Allgemeine Angaben - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Ein Schwerpunkt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin ist das Gebiet des künstlichen Gelenkersatzes (Endoprothetik), in dem langjährige Erfahrungen bestehen (einschließlich Wechseloperationen). Hierfür wurde die Klinik 2013 als Endoprothesenzentrum zertifiziert. Darüber hinaus werden in der Unfallchirurgie neben der Operation und Behandlung von Extremitätenverletzungen (Arme und Beine) auch leichte bis mittelschwere Schädel-Hirn-Verletzungen sowie Verletzungen des Brustraums behandelt. Damit gehören nahezu alle Formen von Unfall- und Sportverletzungen zum Behandlungsspektrum der Klinik. Die Klinik ist als lokales Traumazentrum Teil des Traumanetzwerkes Südhessen. Darüber hinaus ist die Klinik, als Alterstaumatologisches Zentrums zertifiziert durch die DGG und DGU. Von der ICRS besteht eine Anerkennung als Center of Excellence für Knorpeltherapie. Zulassung zur stationären und ambulanten D-Arzt-Verfahren der DGUV.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Fachabteilungsschlüssel	1600 1516 1523 2300 2315 3600 3618
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

Leitender Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Dr. med. Klaus Jost
Tel.: 06151 / 4 03 - 2101
Fax: 06151 / 4 03 - 21 09
EMail: klaus.jost@agaplesion.de

Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Dr. med Carsten Hoffmann
EMail: carsten.hoffmann@agaplesion.de

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

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

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

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Nein

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	Kommentar
VC00	Knorpelzelltransplantationen - offen und arthroskopisch	Knorpelschäden in Gelenken werden seit 24 Jahren in unserem Haus durch körpereigene Transplantation behandelt. Bei diesem Verfahren (minimalinvasiv bzw. arthroskopisch) entsteht ein belastungsfähiger Knorpel. So kann häufig verhindert werden, dass später ein künstliches Gelenk eingesetzt werden muss.
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	Insbesondere vorderes Kreuzband, oberes Sprunggelenk.
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	Kommentar
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Beinachsenfehlstellungen werden sowohl am Oberschenkel als auch am Unterschenkel korrigiert (Umstellungsosteotomien).
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Folgendes Leistungsspektrum wird u.a. angeboten: Primärimplantation von Hüft- und Knieendoprothesen verschiedenster Art, Wechseloperationen an Knie und Hüfte, Einsatz von Oberarmkopfprothesen bei schweren Bruchformen des Oberarmkopfes.
VO16	Handchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VO19	Schulterchirurgie	
VC30	Septische Knochenchirurgie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	Kommentar
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	Behandlung bestimmter Verletzungen und Krankheitsbilder an der Wirbelsäule, von schmerzhaften Abnutzungsschäden, Rückenmarksverengungen und Bandscheibenvorfällen.
VC00	Hinweis	Röntgendiagnostik wird in Kooperation mit der Abteilung für Radiologie durchgeführt. Die dort angewendeten Verfahren sind bei dieser Abteilung (s. Kapitel B-12) aufgeführt.
VI42	Transfusionsmedizin	Dies wird in Kooperation mit der Zentralen Anästhesie und OP-Abteilung angeboten. Mehr Informationen sind bei dieser Abteilung (s. Kapitel B-10) dargestellt.

B-3.5 Fallzahlen - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1299
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S00	259	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
2	S82	127	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
3	S52	94	Knochenbruch des Unterarmes
4	S72	86	Knochenbruch des Oberschenkels
5	S42	78	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
6	M17	69	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
7	S22	55	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
8	M16	51	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
9	M23	49	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
10	S32	43	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
11	S06	38	Verletzung des Schädelinneren
12	T84	36	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	M54	35	Rückenschmerzen
14	S30	31	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens
15	M80	18	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
16	S70	18	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels
17	M51	17	Sonstiger Bandscheibenschaden
18	M66	14	Gelenkhaut- bzw. Sehnenriss ohne äußere Einwirkung
19	S20	14	Oberflächliche Verletzung im Bereich des Brustkorbes
20	S43	14	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels

B-3.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

B-3.7 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

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

B-3.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-794	297	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
2	5-900	214	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
3	5-820	166	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
4	5-790	163	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5	5-793	159	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
6	5-812	109	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
7	5-787	87	Entfernung von Osteosynthesematerial
8	5-822	76	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
9	5-896	76	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
10	5-810	70	Arthroskopische Gelenkoperation
11	5-869	48	Andere Operationen an den Bewegungsorganen
12	5-806	43	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes
13	8-201	41	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese
14	5-892	37	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
15	5-916	37	Temporäre Weichteildeckung
16	5-800	32	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes
17	5-796	29	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
18	5-792	28	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
19	5-811	28	Arthroskopische Operation an der Synovialis
20	8-192	26	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
21	8-200	25	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese
22	5-791	23	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
23	5-807	23	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke
24	5-855	23	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide
25	5-859	17	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
26	5-813	15	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
27	5-785	13	Implantation von alloplastischem Knochenersatz
28	5-821	13	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk
29	5-850	12	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
30	5-780	11	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch
31	5-79a	11	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese
32	5-784	10	Knochen transplantation und -transposition
33	8-812	10	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
34	1-854	8	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels
35	5-902	8	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle
36	8-987	8	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
37	5-795	7	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
38	5-894	7	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
39	8-158	7	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes
40	5-78a	6	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese
41	5-79c	6	Andere Reposition von Fraktur und Luxation
42	5-823	6	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk

B-3.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

B-3.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Chefarzt-Sprechstunde

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Durchgangsarzt - Ambulanz/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Ambulanzart D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)

Kommentar Versorgung von Patienten nach Arbeits- und Wegeunfällen

Notaufnahme am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

Patientenmanagement

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

Kommentar Ambulanz im Rahmen von vor- und nachstationären Leistungen

Patientenmanagement

Ambulanzart	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V (AM12)
Kommentar	Versorgung von Patienten bzgl. Hüft-Endoprothetik

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-812	22	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
2	5-787	15	Entfernung von Osteosynthesematerial
3	5-810	12	Arthroskopische Gelenkoperation
4	5-811	6	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5	5-790	5	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
6	5-795	5	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
7	5-814	5	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
8	1-502	< 4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
9	1-697	< 4	Diagnostische Arthroskopie
10	5-056	< 4	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
11	5-796	< 4	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
12	5-806	< 4	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes
13	5-813	< 4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
14	5-840	< 4	Operationen an Sehnen der Hand
15	5-841	< 4	Operationen an Bändern der Hand

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,37

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,79	
Ambulant	2,58	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,89	
Nicht Direkt	0,48	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 120,38925

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,91	
Ambulant	1,36	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,79	
Nicht Direkt	0,48	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 219,79695

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 16,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,07	
Ambulant	3,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,88	
Nicht Direkt	0,46	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 99,38791

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2165

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,62	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2095,16129

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,24	
Ambulant	1,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 306,36792

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,16	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 8118,75

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-4 Klinik für Geriatrische Medizin

B-4.1 Allgemeine Angaben Klinik für Geriatrische Medizin

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

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Geriatrische Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

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

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

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

Oberärztin Klinik für Geriatrische Medizin
Dr. med. Nicole ELL
(Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin)
E-Mail: nicole.ell@agaplesion.de

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

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geriatrische Medizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geriatrische Medizin	Kommentar
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geriatrische Medizin	Kommentar
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	Dies wird in Kooperation mit dem Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie angeboten. Weitere Informationen sind bei dieser Abteilung dargestellt.
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VX00	Diagnostik und Therapie bei multimorbiden hochaltrigen Patienten	Mit Schlaganfall nach Sturz, Immobilisationssyndrom, Frakturen der unteren Extremitäten, Parkinson, Herzinsuffizienz und Demenz.
VX00	Geriatrische Stroke Unit	
VX00	Diagnostik und Therapie der Demenzkrankheit	

B-4.5 Fallzahlen Klinik für Geriatrische Medizin

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1129
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	335	Knochenbruch des Oberschenkels
2	S32	126	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
3	M80	50	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
4	R26	41	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
5	M16	38	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
6	S22	37	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
7	I50	29	Herzschwäche
8	S42	25	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
9	J12	18	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
10	N39	18	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
11	C18	16	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
12	K56	16	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	T84	16	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
14	E86	15	Flüssigkeitsmangel
15	M17	14	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes

B-4.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

B-4.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

B-4.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	1091	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
2	9-984	360	Pflegebedürftigkeit
3	8-98g	80	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
4	1-771	63	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)
5	8-800	47	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
6	1-613	7	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
7	1-770	7	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment
8	8-132	5	Manipulationen an der Harnblase
9	8-133	4	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters
10	8-559	4	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
11	1-612	< 4	Diagnostische Rhinoskopie
12	1-912	< 4	Neurophysiologische apparative Testverfahren zur Schmerzdiagnostik
13	3-034	< 4	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]
14	5-210	< 4	Operative Behandlung einer Nasenblutung
15	5-995	< 4	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)

B-4.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

B-4.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Geriatrische Privatambulanz mit Gedächtnisambulanz (Memory Clinic)

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

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

Trifft nicht zu.

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

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,18

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,06	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 93,61526

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,64	
Ambulant	0,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 200,1773

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 42,26

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	41,84	
Ambulant	0,42	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	42,26	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 26,98375

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,81	
Ambulant	0,09	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 128,14983

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,42	
Ambulant	0,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 152,15633

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 13,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,06	
Ambulant	0,13	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 86,44717

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 11290

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP02	Bobath	
ZP07	Geriatric	
ZP16	Wundmanagement	
ZP15	Stomamanagement	Speziell für die Stomapflege qualifizierte Fachkräfte sind im Haus stationsübergreifend tätig.
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-5 Geriatrische Tagesklinik

B-5.1 Allgemeine Angaben Geriatrische Tagesklinik

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Geriatrische Tagesklinik
Fachabteilungsschlüssel	0260
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Geriatrische Tagesklinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Geriatrische Tagesklinik	Kommentar
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	

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

B-5.5 Fallzahlen Geriatrische Tagesklinik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	49
Kommentar	Aufgrund der Corona-Pandemie in 2021 deutlich reduzierte Fallzahlen in der geriatrischen Tagesklinik.

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98a	641	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
2	9-984	31	Pflegebedürftigkeit
3	8-800	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,32

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,3

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-6 Zentrum für Palliativmedizin

B-6.1 Allgemeine Angaben - Zentrum für Palliativmedizin

- Das Wort Palliativmedizin hat seinen Ursprung im Lateinischen: "pallium" heißt "Mantel" und wie ein auf die Körpergröße zugeschnittener Mantel sollen alle Maßnahmen der Palliativmedizin den Schwerstkranken schützend umhüllen.
Die Palliativmedizin wendet sich an schwerkranke Patienten und Sterbende, schafft eine Perspektive in der noch verbleibenden Lebenszeit und ist aktive Lebenshilfe. Mitberücksichtigt wird die Familie des Patienten. Leiden wird gelindert, Schmerzen und andere Probleme physischer, psychosozialer und spiritueller Natur werden behandelt. Nicht die Verlängerung der Überlebenszeit um jeden Preis, sondern die Lebensqualität, also die Wünsche, Ziele und das Befinden des Patienten stehen im Vordergrund der Behandlung.

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

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

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

Unser Zentrum für Palliativmedizin besteht aus der räumlich und organisatorisch eigenständigen Palliativstation, dem ambulanten Palliativteam und PaNDa (PalliativNetzDarmstadt). Die Palliativstation befindet sich in einem eigens gestalteten Bereich. Die ruhigen Ein- und Zweibettzimmer sind in ansprechender Form eingerichtet; in unmittelbarer Nähe lädt ein Gemeinschafts- und Ruheraum zum Entspannen, Lesen, Reden oder Musikhören ein.

Das ambulante Palliativteam sorgt in Kooperation mit Hausärzten und ambulanten Pflegediensten dafür, dass Schwerstkranke und Sterbende in besonderen Fällen zu Hause oder in Pflegeheimen rund um die Uhr eine spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung in Anspruch nehmen können - auch im Not- und Bereitschaftsdienst - und damit im gewohnten häuslichen Umfeld bleiben können.

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

zu unterstützen.

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Zentrum für Palliativmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3700 3752 3753
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote - Zentrum für Palliativmedizin

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

B-6.5 Fallzahlen - Zentrum für Palliativmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	194
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	33	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
2	C25	19	Bauchspeicheldrüsenkrebs
3	C18	13	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
4	C22	11	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge
5	I50	11	Herzschwäche
6	J69	11	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut
7	C50	9	Brustkrebs
8	C20	6	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
9	C16	5	Magenkrebs
10	C90	4	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)
11	J18	4	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
12	J44	4	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenerkrankung mit Verengung der Atemwege - COPD
13	K92	4	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes
14	B99	< 4	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit
15	C06	< 4	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
16	C15	< 4	Speiseröhrenkrebs
17	C17	< 4	Dünndarmkrebs
18	C19	< 4	Dickdarmkrebs am Übergang von Grimmdarm (Kolon) zu Mastdarm (Rektum)
19	C24	< 4	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
20	C43	< 4	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom
21	C51	< 4	Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane
22	C56	< 4	Eierstockkrebs
23	C61	< 4	Prostatakrebs
24	C64	< 4	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs
25	C65	< 4	Nierenbeckenkrebs
26	C67	< 4	Harnblasenkrebs
27	C68	< 4	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane
28	C71	< 4	Gehirnkrebs
29	C78	< 4	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen
30	C79	< 4	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen
31	C80	< 4	Krebs ohne Angabe der Körperregion
32	C92	< 4	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)
33	D43	< 4	Tumor des Gehirns bzw. des Rückenmarks ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig

B-6.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

B-6.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

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

B-6.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98e	188	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
2	9-984	136	Pflegebedürftigkeit
3	8-800	19	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
4	8-854	7	Hämodialyse
5	8-98g	6	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
6	8-542	5	Nicht komplexe Chemotherapie
7	5-469	< 4	Andere Operationen am Darm
8	6-001	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 1
9	8-543	< 4	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
10	8-831	< 4	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
11	8-987	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
12	9-401	< 4	Psychoziale Interventionen

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Entfällt

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,25

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,41	
Ambulant	2,84	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 137,58865

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,08	
Ambulant	2,84	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 179,62963

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ63	Allgemeinmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF02	Akupunktur
ZF09	Geriatric
ZF30	Palliativmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 10,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,92	
Ambulant	4,61	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,53	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 32,77027

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 194

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP15	Stomamanagement	in Kooperation
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP20	Palliative Care	

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-7 Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

B-7.1 Allgemeine Angaben - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

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

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

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

Oberarzt Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie
Dr. med. Heinz Mollenhauer

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

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

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

Oberärztin Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie
Natalie Walter (01.10.2022)

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

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

B-7.5 Fallzahlen - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,63

Kommentar: Weiterbildungsermächtigung für das Fach Anästhesiologie für zwei Jahre.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 15,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,53	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP14	Schmerzmanagement
ZP08	Kinästhetik

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Nur qualifizierte ärztliche und pflegerische Mitarbeiter, s.o.

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-8 Abteilung für Radiologie

B-8.1 Allgemeine Angaben - Abteilung für Radiologie

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

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote - Abteilung für Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Abteilung für Radiologie	Kommentar
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	In Praxiskooperation vorhanden.
VR10	Computertomographie (CT), nativ	In Praxiskooperation vorhanden.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Abteilung für Radiologie	Kommentar
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	In Praxiskooperation vorhanden.
VR04	Duplexsonographie	Vorhanden.
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Vorhanden.
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	Vorhanden.
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	Vorhanden.
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	In Praxiskooperation im Haus vorhanden.
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	In Praxiskooperation im Haus vorhanden.
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	In Praxiskooperation vorhanden.
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	Dieses Verfahren ist in der Praxis, Eschollbrücker Straße möglich.
VR02	Native Sonographie	Vorhanden.
VR16	Phlebographie	Vorhanden.
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	Bzw. Digitale Mammographie in Praxiskooperation. Dieses Verfahren ist im Mammographie-Zentrum, Dieburger Straße in Darmstadt, möglich.
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	Dieses Verfahren ist in der Praxis Grafenstrasse möglich.
VR18	Szintigraphie	Dieses Verfahren ist in der Praxis Grafenstrasse möglich.
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	Dieses Verfahren ist in der Praxis Grafenstrasse möglich.
VR44	Teleradiologie	In Praxiskooperation vorhanden.

B-8.5 Fallzahlen - Abteilung für Radiologie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	1734	Native Computertomographie des Schädels
2	3-225	1227	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3	3-222	871	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
4	3-207	373	Native Computertomographie des Abdomens

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	3-202	345	Native Computertomographie des Thorax
6	3-205	319	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
7	3-206	281	Native Computertomographie des Beckens
8	3-203	259	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
9	3-802	109	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
10	3-820	97	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
11	3-800	71	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
12	3-825	71	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
13	3-13b	63	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)
14	3-226	41	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
15	3-843	38	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]

B-8.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

Entfällt

B-8.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Zulassung vorhanden

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

B-8.11 **Personelle Ausstattung**

B-8.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-8.11.2 Pflegepersonal

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

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften
Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-9 Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-9.1 Allgemeine Angaben Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

Leitender Oberarzt Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Dr. med. Klaus Blaß
Tel.: 06151 / 4 03 - 40 02
Fax: 06151 / 4 03 - 40 09
EMail: klaus.blass@agaplesion.de

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

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

Psychiatrische Institutsambulanz:
Oberärztin
Dr. med. Karin Lauerer
Tel.: 06151 / 4 03 - 46 01
EMail: andrea.steffen@agaplesion.de

Oberärztin
Dr. med. Gabriele Neundörfer-Kohl
Tel.: 06151 / 4 03 - 46 01
EMail: gabriele.neundoefer-kohl@agaplesion.de

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

B-9.5 Fallzahlen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1079
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	249	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	F20	175	Schizophrenie
3	F32	113	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
4	F33	108	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
5	F43	74	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
6	F25	49	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
7	F31	43	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
8	F60	32	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
9	F23	30	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust
10	F12	24	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana
11	G30	24	Alzheimer-Krankheit
12	F05	22	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
13	F06	16	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
14	F03	15	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet
15	F41	13	Sonstige Angststörung
16	F14	10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Kokain
17	F11	8	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)
18	F61	8	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
19	F15	7	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein
20	F19	7	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
21	F13	6	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel
22	F22	6	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten
23	F42	5	Zwangsstörung
24	F84	5	Tiefgreifende Entwicklungsstörung
25	F01	4	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn
26	F07	< 4	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
27	F21	< 4	Störung mit exzentrischem Verhalten und falschen Überzeugungen - Schizotype Störung

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
28	F28	< 4	Sonstige nicht körperlich bedingte psychische Störung, die mit Realitätsverlust und Halluzinationen ähnlich der Psychose einhergeht
29	F29	< 4	Vom Arzt nicht näher bezeichnete, nicht körperlich bedingte psychische Krankheit, die mit Realitätsverlust und Halluzinationen einhergehen
30	F30	< 4	Phase übermäßig guter Stimmung und Enthemmung - Manische Episode
31	F34	< 4	Anhaltende (chronische) Stimmungs- und Gefühlsstörung
32	F40	< 4	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen
33	F44	< 4	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung
34	F55	< 4	Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit verursachen
35	F71	< 4	Mittelgradige Intelligenzminderung
36	F72	< 4	Schwere Intelligenzminderung
37	F79	< 4	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung
38	F95	< 4	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln - Ticstörung
39	G10	< 4	Vererbare Nervenkrankheit, die mit unkontrollierten Bewegungen und Wesensveränderung einhergeht - Chorea Huntington
40	G20	< 4	Parkinson-Krankheit
41	G31	< 4	Sonstiger krankhafter Abbauprozess des Nervensystems
42	G40	< 4	Anfallsleiden - Epilepsie

B-9.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

B-9.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

B-9.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	6409	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	1365	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-618	1125	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
4	9-617	1089	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
5	9-401	988	Psychoziale Interventionen
6	9-619	532	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
7	9-984	255	Pflegebedürftigkeit
8	9-61a	115	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen
9	9-626	100	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
10	8-630	60	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]
11	8-98g	34	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
12	9-61b	25	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen
13	9-645	25	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
14	6-006	17	Applikation von Medikamenten, Liste 6
15	9-647	14	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
16	1-206	12	Neurographie
17	1-207	12	Elektroenzephalographie [EEG]
18	1-205	< 4	Elektromyographie [EMG]
19	1-901	< 4	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik
20	8-132	< 4	Manipulationen an der Harnblase
21	8-171	< 4	Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres
22	8-987	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
23	9-641	< 4	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
24	9-642	< 4	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
25	9-64a	< 4	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind

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

B-9.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM - Neuro-Psychiatrische Praxis

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

Chefarztambulanz

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

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Gedächtnisambulanz

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

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

Trifft nicht zu.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14,88

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,65	
Ambulant	2,23	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,65	
Nicht Direkt	2,23	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 85,29644

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,65

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,95	
Ambulant	0,7	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,95	
Nicht Direkt	0,7	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 273,16456

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-9.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 65,77

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	55,9	
Ambulant	9,87	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	63,02	
Nicht Direkt	2,75	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 19,30233

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 10,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,07	
Ambulant	1,6	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 118,96362

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,8	
Ambulant	0,32	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 599,44444

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 11,44

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,72	
Ambulant	1,72	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,44	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 111,00823

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP24	Deeskalationstraining

B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 6,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,23	
Ambulant	0,92	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 206,30975

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,93

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,64	
Ambulant	0,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,93	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 657,92683

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

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 564,92147

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 5,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,46	
Ambulant	0,79	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 241,92825

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,91

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 666,04938

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 3,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,06	
Ambulant	0,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 352,61438

B-10 **Psychiatrische Tagesklinik**

B-10.1 **Allgemeine Angaben Psychiatrische Tagesklinik**

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Psychiatrische Tagesklinik
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

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

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Psychiatrische Tagesklinik

Nr. Medizinische Leistungsangebote Psychiatrische Tagesklinik

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

B-10.5 Fallzahlen Psychiatrische Tagesklinik

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 35

Kommentar Aufgrund der Corona-Pandemie in 2021 wiederholt vorübergehende Schließungen und dadurch reduzierte Fallzahlen in der psychiatrischen Tagesklinik.

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	958	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	50	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-984	< 4	Pflegebedürftigkeit

B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,6

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,92

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung
PQ13	Hygienefachkraft
PQ02	Diplom

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Die Mitarbeiter:innen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden in der psychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Die Mitarbeiter:innen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden in der psychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

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

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Die Mitarbeiter:innen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden in der psychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Die Mitarbeiter:innen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden in der psychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Die Mitarbeiter:innen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden in der psychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

B-11 Gerontopsychiatrische Tagesklinik

B-11.1 Allgemeine Angaben Gerontopsychiatrische Tagesklinik

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

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Gerontopsychiatrische Tagesklinik
Fachabteilungsschlüssel	2951
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

Chefärztin oder Chefarzt

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

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

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Nr. Medizinische Leistungsangebote Gerontopsychiatrische Tagesklinik

VP10 Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-11.5 Fallzahlen Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 26

Kommentar Aufgrund der Corona-Pandemie in 2021 wiederholt vorübergehende Schließungen und dadurch reduzierte Fallzahlen in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik.

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	371	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	35	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-984	12	Pflegebedürftigkeit
4	1-204	< 4	Untersuchung des Liquorsystems

B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,7

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

B-11.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2021 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,43

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,43	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,43	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Die Mitarbeiter:innen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden bei Bedarf auch in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Die Mitarbeiter:innen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden bei Bedarf auch in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Die Mitarbeiter:innen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden bei Bedarf auch in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 0

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Die Mitarbeiter:innen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden bei Bedarf auch in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	104	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Nierentransplantation (PNTX) ¹	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ²	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

¹In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

²In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	364	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	4	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Dekubitusprophylaxe (DEK)	409	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	28	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	< 4	< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	164	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	6	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	159	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	81	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	78	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	< 4	< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	75	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	354
Beobachtete Ereignisse	350
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,87%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,09 - 99,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,13 - 99,56%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	189
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,44%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,85 - 98,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,51 - 99,47%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	338
Beobachtete Ereignisse	334
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,82%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,13 - 99,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,00 - 99,54%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	190
Beobachtete Ereignisse	187
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,42%

Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,89 - 99,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,46 - 99,46%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,24 - 98,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,64 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,41 - 98,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	139
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	85,80%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,82 - 91,14%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,60 - 90,35%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	Aufgrund der Empfehlung der zuständigen Fachkommission wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	294
Beobachtete Ereignisse	162
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	55,10%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	66,70 - 67,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	49,39 - 60,69%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	99
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	91,67%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,29 - 92,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,92 - 95,55%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	57
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,48%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,56 - 92,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,74 - 95,56%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	224
Beobachtete Ereignisse	222
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,11%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,47 - 96,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,80 - 99,75%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	114
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,13%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,61 - 95,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,24 - 99,85%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	222
Beobachtete Ereignisse	217
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,75%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,74 - 98,83%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,84 - 99,03%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	114
Beobachtete Ereignisse	109
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,61%
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	98,58 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,14 - 98,11%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	350
Beobachtete Ereignisse	342
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,71%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,66 - 96,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,56 - 98,84%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	191
Beobachtete Ereignisse	187
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,91%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,57 - 96,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,74 - 99,18%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	14,99
Ergebnis (Einheit)	1,93
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,01 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,38 - 2,65
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	308
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	26,64
Ergebnis (Einheit)	1,58
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,18 - 2,07
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	11,65
Ergebnis (Einheit)	1,12
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,66 - 1,83
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	23,96%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,46 - 17,85%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	18,47 - 30,47%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	232008_231900
Grundgesamtheit	354
Beobachtete Ereignisse	75
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	21,19%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,04 - 18,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	17,25 - 25,74%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	8955
Beobachtete Ereignisse	113
Erwartete Ereignisse	56,99
Ergebnis (Einheit)	1,98
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,65 - 2,38
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	8955
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,04%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	8955
Beobachtete Ereignisse	98
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,09%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,90 - 1,33%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	8955
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,04%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	8955
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,17%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,10 - 0,28%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,40 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,68 - 89,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,97 - 7,83%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	172000_10211
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,83 - 12,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	172001_10211
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-

Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,08 - 14,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 302,63
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,19 - 3,42%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,65 - 0,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 43,52 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,16 - 19,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,54 - 98,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,12 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,30 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,69
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,98$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,12 - 3,42
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,77%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,20 - 88,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,81 - 99,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	103
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,04%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,30 - 95,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,75 - 99,83%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	28

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,34 - 1,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,06%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,49 - 99,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,94 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,49
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,36 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,09 - 2,41
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	Aufgrund der Empfehlung der zuständigen Fachkommission wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,29%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	52,95 - 53,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,80 - 96,29%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,26 - 96,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,94 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,41%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,57 - 97,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,54 - 99,72%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	4

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,65 - 92,45%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	37,55 - 96,38%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	5,56%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	8,60 - 9,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,40 - 12,35%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	133
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,52%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,01 - 97,17%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,76 - 99,59%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	137
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	9,63
Ergebnis (Einheit)	1,14
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,56 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,65 - 1,96
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,27%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	9,75
Ergebnis (Einheit)	2,56
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,81 - 3,49
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	Aufgrund der Empfehlung der zuständigen Fachkommission wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,67 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,39 - 1,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,43 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,08 - 7,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,67%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,11 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,53 - 4,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,09 - 13,79%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,59 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,24 - 2,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,67
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,25
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Bezeichnung der Kennzahl	Implantatassoziierte Komplikationen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehl- lage, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191800_54120
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,79
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Bezeichnung der Kennzahl	Weichteilkomplikationen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191801_54120
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,44
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,89
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	4,99
Ergebnis (Einheit)	1,40
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,69 - 2,74
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Ergebnis-ID	54029
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,88 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,75 - 1,96%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,11%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	8,88 - 9,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,77 - 16,58%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	6,76
Ergebnis (Einheit)	0,89
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,36 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,07 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,41 - 1,78
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	6,23
Ergebnis (Einheit)	3,05
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,46 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,03 - 4,35
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	Aufgrund der Empfehlung der zuständigen Fachkommission wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,34 - 2,76
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54050
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,40 - 97,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,17 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481

Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,45 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,90 - 3,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	63
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,89 - 98,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,25 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	97,31 - 97,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,75 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,75 - 92,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	75
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,38
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,66 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,15 - 1,31
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,50
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,55 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 1,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	75
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,20 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,87%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,29 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,84 - 4,56%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,07%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.
Ergebnis-ID	56000
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	81,25%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	61,68 - 62,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	57,92 - 94,42%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
Ergebnis-ID	56001
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	26,67%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 44,87 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	29,74 - 30,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,74 - 51,66%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56003
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 63,22$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	74,09 - 75,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56004
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 8,78$ % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,03 - 3,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,30
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,60 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,08 - 0,79
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56006
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,30
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,54 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 0,93
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,03 - 1,42
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis-ID	56008
Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,25 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,23 - 0,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,34%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56009
Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,70 - 4,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,94%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56010
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,71 - 18,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Ergebnis-ID	56011
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,03 - 11,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,67%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis-ID	56014
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,00 - 93,49%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis-ID	56016
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,99 - 95,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,33 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Teilnahme
Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
MRE	Ja
Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Nein
Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Nein

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Externe Qualitätssicherung in der Geriatrie zur Erfassung der Grunddaten und Merkmale geriatrischer Patienten, der wichtigsten Parameter des Behandlungsverlaufs und der Behandlungsergebnisse	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Data Set) wurde Anfang 2000 im Auftrag des Bundesverbandes geriatrisch-klinischer Einrichtungen entwickelt. Weiterentwicklung (2007) zur Webversion GEMIDAS PRO
Ergebnis	Die Ergebnisse unserer Klinik liegen im Bundesvergleich im guten durchschnittlichen Bereich
Messzeitraum	01.01.2021 - 31.12.2021
Datenerhebung	Stammdaten, Diagnosegruppen, Aufnahme von, Entlassung nach, stationär/teilstationär, Vorbehandlungszeitraum, Barthel-Index, BI-Different/Tag; TUG bei Aufnahme/Entlassung; MMST, Hilfsmittel, Mortalität
Rechenregeln	Die Daten werden unter den §111- und §109-Kliniken verglichen, Datenqualität und nach stationär und teilstationär unterschieden, nach Diagnosegruppen gewichtet. Daraus wird eine anonymisierte Rangordnung nach höchstem und niedrigstem Messergebnis erstellt und unter den teilnehmenden Häusern ausgetauscht
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/gemidas-pro.html

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	64
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	22

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

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

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2021:	64
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	78
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2021:	22
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	18

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

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

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

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

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V, auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr keine Anwendung finden. Nein

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V, auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr keine Anwendung finden. Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

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

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	47
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	43
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	14

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie	A1-EKE EKE Station A1	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie	A1-EKE EKE Station A1	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	A31/32-EKE EKE Station A31/32	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	A31/32-EKE EKE Station A31/32	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	A34-EKE EKE Station A34	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	A34-EKE EKE Station A34	Nachtschicht	100,00%	0
Unfallchirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Tagschicht	100,00%	0
Unfallchirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Nachtschicht	100,00%	0
Unfallchirurgie	ZNA-EKE Zentrale Notaufnahme	Tagschicht	100,00%	0
Unfallchirurgie	ZNA-EKE Zentrale Notaufnahme	Nachtschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Tagschicht	91,67%	0
Intensivmedizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie	A1-EKE EKE Station A1	Tagschicht	77,84%
Allgemeine Chirurgie	A1-EKE EKE Station A1	Nachtschicht	74,55%
Innere Medizin und Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Tagschicht	94,61%
Innere Medizin und Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Nachtschicht	97,60%
Geriatric	A31/32-EKE EKE Station A31/32	Tagschicht	96,44%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Geriatric	A31/32-EKE EKE Station A31/32	Nachtschicht	96,16%
Geriatric	A34-EKE EKE Station A34	Tagschicht	100,00%
Geriatric	A34-EKE EKE Station A34	Nachtschicht	91,23%
Unfallchirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Tagschicht	92,51%
Unfallchirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Nachtschicht	92,81%
Unfallchirurgie	ZNA-EKE Zentrale Notaufnahme	Tagschicht	100,00%
Unfallchirurgie	ZNA-EKE Zentrale Notaufnahme	Nachtschicht	100,00%
Intensivmedizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Tagschicht	78,36%
Intensivmedizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Nachtschicht	95,07%

D Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich.

In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen, Pandemien und deren Folgen, wie zum Beispiel Personal- und Lieferkettenengpässe, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagements sowie der Qualitätssicherung mit dem Ziel, die definierte Qualität zu erreichen und dies messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist u. a. die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen und integrativen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten.

Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION Verbundes und der jeweiligen Einrichtung in einem digitalen Qualitätsmanagementhandbuch haben. Für alle AGAPLESION Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten des Konzerns und der jeweiligen Einrichtung.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expertenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards oder Pflege- und Behandlungspfade und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Bei neuen gesetzlichen Vorgaben erstellen wir, wo möglich, gemeinsam Konzernvorgaben, um Ressourcen zu bündeln und Synergien zu nutzen. Damit tragen wir aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf und managen die Maßnahmen bis zu ihrer erfolgreichen Umsetzung.

Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



Audits

Audits sind geplante, gezielte und unabhängige Bewertungen, in welchem Maße interne oder externe Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Erfüllungsgrad und ggf. Abweichungen werden von sog. Auditoren bewertet und dokumentiert.

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung und ggf. Überleitung der Patient:innen analysieren wir die sog. *Kernprozesse* und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft.

Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder-

minimierung innerhalb angemessener Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.

Risikomanagement

Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, aus Meldungen zu kritischen Ereignissen, Begehungen und Audits zusammen. Diese werden analysiert und es werden entsprechende Vorbeugemaßnahmen konsentiert.

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen seit vielen Jahren in einem anonymen Meldesystem auf Risiken, die sie in ihrem Alltag erleben, aufmerksam machen. Dieses Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhafte Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des:r Risikomanagementbeauftragten des Hauses werden die gemeldeten Situationen einer gründlichen Analyse unterzogen. Als Ergebnis werden Lösungsstrategien und Maßnahmen entwickelt, wie das entdeckte Risiko minimiert, vermieden oder in anderer Weise beherrscht werden kann. Abschließend werden die Veränderungen z. B. bei Prozessschritten oder Verantwortlichkeiten, an die betroffenen Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeiter:innen für Risiken zu sensibilisieren und diese rechtzeitig aufzudecken. Der offene Umgang mit dem Thema der möglichen Fehler hat bereits spürbar zu einer Sicherheitskultur im Unternehmen geführt. Unser Ziel ist, uns weiterzuentwickeln und noch achtsamer im Umgang mit Fehlern und Beinahe-Schäden zu sein.

Die Einhaltung der Patientensicherheit ist eine Grundvoraussetzung bei allen Prozessschritten. Wir setzen in unserem Haus in allen relevanten Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation der Patient:innen im Rahmen des ambulanten und stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen. Das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen wollen wir mit der korrekten Anwendung der Standards ausschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären Bereich, teilweise im ambulanten Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten, zum Beispiel im OP, zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und –standards

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patient:innensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit dem:r Meinungsgeber:in eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanager:innen bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.



Die gewonnenen Meinungen zu Abläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiter:innenverhalten fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein, und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Anpassung unseres Angebots.

Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

Die Innovationsfähigkeit unserer Einrichtung zeichnet uns als modernen Gesundheitsdienstleister und attraktiven Arbeitgeber aus.

Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter:innen, aber auch unserer Kooperationspartner:innen und einweisenden Ärzt:innen. Deshalb führen wir regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen durch, z.B.

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

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

Projektmanagement

Strukturierte Projektarbeit ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt insbesondere die Bearbeitung komplexer Projekte, in die verschiedenen Verantwortungsbereiche eingebunden sind, und die bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen betreffen. Unter der Berücksichtigung der sechs AGAPLESION Kernwerte, erfolgt eine Werteorientierte Projektauswahl, Planung und Umsetzung.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir oder andere aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2021 unter anderem die Prozess- und Digitalisierungsprojekten.

Prozessoptimierung z. B. OP, Zentrale Notaufnahme

In 2020 startend und in 2021 fortgeführt, wurden Prozess- und Digitalisierungsprojekte in vier verschiedenen Bereichen durchlaufen. Vorangetrieben wurden die Projekte auch durch die AGA-Digitalstrategie.

Die Prozesse des OP, der Zentralen Notaufnahme wurden mit Hilfe von Datenanalysen sowie Interviews mit am Prozess beteiligten Berufsgruppen erhoben und analysiert. Im Fokus standen die Funktionalität und Effizienz, die Zusammenarbeit und Kommunikation an den Schnittstellen sowie der jeweilige Digitalisierungsgrad. Das Ergebnis des jeweiligen Projektes bilden die durch die Arbeitsgruppe definierten Maßnahmen, deren Umsetzungen den Gesamtprozess optimieren.

Im Bereich des OP zeigte sich, dass weitere Hardware hilft, um die Dokumentationsqualität auf diese Weise zu steigern.

Eine Evaluation der Maßnahmen findet statt, um die konsequente Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität unserer Leistungserbringung sicherzustellen.

