



INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| Vorwort | 1 |
| Einleitung | 1 |
| A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 2 |
| A-0 Fachabteilungen | 2 |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 2 |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers | 6 |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 6 |
| A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie | 6 |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 6 |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 8 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit | 9 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses | 9 |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 10 |
| A-10 Gesamtfallzahlen | 10 |
| A-11 Personal des Krankenhauses | 10 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 13 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung | 22 |
| B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 23 |
| B-[1] Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie) | 23 |
| B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 23 |
| B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 24 |
| B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 24 |
| B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 25 |
| B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD | 25 |
| B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 28 |

| | | |
|----------|---|----|
| B-[1].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 30 |
| B-[1].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 30 |
| B-[1].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 31 |
| B-[1].11 | Personelle Ausstattung | 31 |
| B-[2] | Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugenheim | 33 |
| B-[2].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 33 |
| B-[2].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 34 |
| B-[2].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 34 |
| B-[2].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 35 |
| B-[2].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 35 |
| B-[2].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 38 |
| B-[2].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 40 |
| B-[2].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 40 |
| B-[2].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 41 |
| B-[2].11 | Personelle Ausstattung | 41 |
| B-[3] | Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie) | 43 |
| B-[3].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 43 |
| B-[3].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 44 |
| B-[3].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 44 |
| B-[3].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 45 |
| B-[3].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 45 |
| B-[3].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 47 |
| B-[3].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 50 |
| B-[3].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 50 |
| B-[3].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 50 |
| B-[3].11 | Personelle Ausstattung | 50 |
| B-[4] | Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin | 52 |

| | | |
|----------|--|----|
| B-[4].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 52 |
| B-[4].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 53 |
| B-[4].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 53 |
| B-[4].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 53 |
| B-[4].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 54 |
| B-[4].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 55 |
| B-[4].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 57 |
| B-[4].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 58 |
| B-[4].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 58 |
| B-[4].11 | Personelle Ausstattung | 58 |
| B-[5] | Klinik für Geriatrie | 60 |
| B-[5].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 60 |
| B-[5].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 60 |
| B-[5].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 61 |
| B-[5].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 61 |
| B-[5].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 62 |
| B-[5].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 62 |
| B-[5].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 64 |
| B-[5].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 66 |
| B-[5].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 66 |
| B-[5].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 66 |
| B-[5].11 | Personelle Ausstattung | 67 |
| B-[6] | Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) | 69 |
| B-[6].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 69 |
| B-[6].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 70 |
| B-[6].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 70 |

| | | |
|----------|---|----|
| B-[6].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 70 |
| B-[6].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 70 |
| B-[6].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 70 |
| B-[6].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 71 |
| B-[6].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 71 |
| B-[6].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 71 |
| B-[6].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 71 |
| B-[6].11 | Personelle Ausstattung | 72 |
| B-[7] | Klinik für Allgemeinchirurgie | 73 |
| B-[7].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 74 |
| B-[7].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 74 |
| B-[7].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 74 |
| B-[7].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 75 |
| B-[7].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 75 |
| B-[7].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 78 |
| B-[7].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 80 |
| B-[7].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 80 |
| B-[7].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 81 |
| B-[7].11 | Personelle Ausstattung | 81 |
| B-[8] | Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie | 82 |
| B-[8].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 83 |
| B-[8].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 83 |
| B-[8].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 83 |
| B-[8].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 85 |
| B-[8].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 85 |
| B-[8].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 87 |
| B-[8].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 89 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| B-[8].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 90 |
| B-[8].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 91 |
| B-[8].11 | Personelle Ausstattung | 91 |
| B-[9] | Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie | 93 |
| B-[9].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 93 |
| B-[9].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 94 |
| B-[9].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 94 |
| B-[9].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 95 |
| B-[9].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 95 |
| B-[9].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 98 |
| B-[9].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 100 |
| B-[9].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 100 |
| B-[9].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 101 |
| B-[9].11 | Personelle Ausstattung | 101 |
| B-[10] | Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 102 |
| B-[10].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 103 |
| B-[10].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 103 |
| B-[10].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 104 |
| B-[10].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 104 |
| B-[10].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 104 |
| B-[10].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 107 |
| B-[10].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 109 |
| B-[10].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 109 |
| B-[10].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 110 |
| B-[10].11 | Personelle Ausstattung | 110 |
| B-[11] | Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie) | 112 |
| B-[11].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 112 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| B-[11].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 112 |
| B-[11].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 113 |
| B-[11].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 113 |
| B-[11].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 113 |
| B-[11].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 113 |
| B-[11].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 116 |
| B-[11].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 119 |
| B-[11].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 119 |
| B-[11].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 120 |
| B-[11].11 | Personelle Ausstattung | 120 |
| B-[12] | Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) | 122 |
| B-[12].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 122 |
| B-[12].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 123 |
| B-[12].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 123 |
| B-[12].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 123 |
| B-[12].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 123 |
| B-[12].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 124 |
| B-[12].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 126 |
| B-[12].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 126 |
| B-[12].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 127 |
| B-[12].11 | Personelle Ausstattung | 127 |
| B-[13] | Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin | 128 |
| B-[13].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 128 |
| B-[13].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 129 |
| B-[13].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 129 |
| B-[13].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 130 |
| B-[13].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 130 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| B-[13].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 133 |
| B-[13].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 135 |
| B-[13].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 135 |
| B-[13].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 135 |
| B-[13].11 | Personelle Ausstattung | 135 |
| B-[14] | Belegklinik für HNO-Erkrankungen | 137 |
| B-[14].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 137 |
| B-[14].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 138 |
| B-[14].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 138 |
| B-[14].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 139 |
| B-[14].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 139 |
| B-[14].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 139 |
| B-[14].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 141 |
| B-[14].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 141 |
| B-[14].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 141 |
| B-[14].11 | Personelle Ausstattung | 142 |
| B-[15] | Klinik für Radiologie | 143 |
| B-[15].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 143 |
| B-[15].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 144 |
| B-[15].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 144 |
| B-[15].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 145 |
| B-[15].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 145 |
| B-[15].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 145 |
| B-[15].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 147 |
| B-[15].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 147 |
| B-[15].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 147 |
| B-[15].11 | Personelle Ausstattung | 147 |

| | | |
|-----|--|-----|
| C | Qualitätssicherung | 149 |
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V | 149 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 265 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 266 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 266 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 266 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 266 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 267 |
| D | Qualitätsmanagement | 267 |
| D-1 | Qualitätspolitik | 267 |
| D-3 | Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements | 270 |
| D-4 | Instrumente des Qualitätsmanagements | 272 |
| D-5 | Qualitätsmanagement-Projekte | 272 |

Vorwort

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg sind ein Verbund mit den beiden Klinikstandorten Groß-Umstadt und Seeheim-Jugenheim in Trägerschaft des Landkreises Darmstadt-Dieburg. Wir bieten unseren Patienten eine umfassende Vollversorgung, die moderne Medizintechnik und persönliche Zuwendung vereint.

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg, mit rund 450 Betten verfügt über Kliniken für Traumatologie und Orthopädie, Allgemeinchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anästhesie und Intensivmedizin, Geriatrie, Radiologie, Plastische und Ästhetische Chirurgie/Gesichtschirurgie, Innere Medizin I (Allg. Innere Medizin und Gastroenterologie) und Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie) sowie das Zentrum für akute und postakute Intensivmedizin und das Zentrum für seelische Gesundheit. Neben diesem breiten medizinischen Spektrum zeichnen wir uns durch Innovationen und Standortsicherheit aus.

Die Kreisklinik Groß-Umstadt versorgt auch alle Akutfälle aus der Region. Nach eingehender Untersuchung und Erstbehandlung durch ein speziell geschultes Ärzteteam werden Sie in der zuständigen Fachabteilung bestens versorgt. Ein eigenes Zentrallabor sowie eine Klinik für Radiologie übernehmen rund um die Uhr die notwendige Diagnostik.

In beiden Häusern befinden sich moderne Zimmer mit meist direktem Zugang zum Bad, Fernsehgerät und Telefon sind selbstverständlich, ebenso wie die tägliche Auswahl zwischen verschiedenen Menüs unserer Küche. Die Cafeteria bietet darüber hinaus eine große Auswahl an Speisen und Getränken an.

Der Mensch steht im Mittelpunkt unseres Handelns. An unseren beiden Standorten, der Kreisklinik Groß-Umstadt und der Kreisklinik Jugenheim, bieten wir unseren Patienten mit einem kompetenten Team aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Verwaltungsmitarbeitern eine umfassende Vollversorgung.

Einleitung

Verantwortliche:

| | |
|-------------------|--|
| Verantwortlicher: | Für die Erstellung des Qualitätsberichts |
| Name/Funktion: | Silke Sanna, Leitung Qualitätsmanagement |
| Telefon: | 06078 79 1005 |
| Fax: | |
| E-Mail: | s.sanna@kreiskliniken-dadi.de |

| | |
|-------------------|---|
| Verantwortlicher: | Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung |
| Name/Funktion: | Christoph Dahmen, Betriebsleiter/ Verwaltungsleiter |
| Telefon: | 06078 79 1001 |
| Fax: | 06078 79 1801 |

E-Mail:

c.dahmen@kreiskliniken-dadi.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:

<http://www.kreiskliniken-dadi.de>

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

| | ABTEILUNGSART | SCHLÜSSI | FACHABTEILUNG |
|----|---------------------|----------|---|
| 1 | Hauptabteilung | 0100 | Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie) |
| 2 | Hauptabteilung | 2300 | Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugendheim |
| 3 | Hauptabteilung | 0300 | Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie) |
| 4 | Hauptabteilung | 3690 | Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin |
| 5 | Hauptabteilung | 0200 | Klinik für Geriatrie |
| 6 | Hauptabteilung | 0260 | Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| 7 | Hauptabteilung | 1500 | Klinik für Allgemeinchirurgie |
| 8 | Hauptabteilung | 1600 | Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie |
| 9 | Hauptabteilung | 1900 | Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie |
| 10 | Hauptabteilung | 2400 | Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| 11 | Hauptabteilung | 2900 | Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie) |
| 12 | Hauptabteilung | 2960 | Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| 13 | Hauptabteilung | 3600 | Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin |
| 14 | Belegabteilung | 2600 | Belegklinik für HNO-Erkrankungen |
| 15 | Nicht-Bettenführend | 3751 | Klinik für Radiologie |

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| | |
|------------------|---|
| Name: | Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| IK-Nummer: | 260610690 |
| Standort-Nummer: | 99 |
| Krankenhaus-URL: | http://www.kreiskliniken-dadi.de |

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

| | |
|------------------|---|
| Standort-Name: | Kreisklinik Groß-Umstadt |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| IK-Nummer: | 260610690 |
| Standort-Nummer: | 1 |
| E-Mail: | info@kreiskliniken-dadi.de |
| Standort-URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de |

| | |
|------------------|---|
| Standort-Name: | Kreisklinik Jugenheim |
| PLZ: | 64342 |
| Ort: | Seeheim-Jugenheim |
| Straße: | Hauptstr. |
| Hausnummer: | 30 |
| IK-Nummer: | 260610690 |
| Standort-Nummer: | 2 |
| E-Mail: | info@kreiskliniken-dadi.de |
| Standort-URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/ |

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

| | |
|----------------|---|
| Leitung: | Verwaltungsleitung |
| Name/Funktion: | Christoph Dahmen, Betriebsleiter, Verwaltungsleiter |
| Telefon: | 06078 79 1001 |
| Fax: | 06078 79 1801 |

| | |
|----------------|---|
| E-Mail: | c.dahmen@kreiskliniken-dadi.de |
| Leitung: | Pflegedienstleitung |
| Name/Funktion: | Jens Müller-Laupert, Pflegedienstleiter |
| Telefon: | 06078 79 1101 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de |

| | |
|----------------|---|
| Leitung: | Ärztliche Leitung |
| Name/Funktion: | Dr. med. Walter Dotzel, Ärztlicher Leiter, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I |
| Telefon: | 06078 79 2100 |
| Fax: | 06078 79 1809 |
| E-Mail: | w.dotzel@kreiskliniken-dadi.de |

Leitung des Standorts:

| | |
|----------------|---|
| Standort: | Kreisklinik Groß-Umstadt |
| Leitung: | Verwaltungsleitung |
| Name/Funktion: | Christoph Dahmen, Betriebsleiter, Verwaltungsleiter |
| Telefon: | 06078 79 1000 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de |

| | |
|----------------|--|
| Standort: | Kreisklinik Groß-Umstadt |
| Leitung: | |
| Name/Funktion: | Pelin Meyer, Betriebsleiterin, Fachanwältin für Medizinrecht |
| Telefon: | 06078 79 1002 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de |

| | |
|----------------|--|
| Standort: | Kreisklinik Groß-Umstadt |
| Leitung: | |
| Name/Funktion: | Dr. med. Martin Schunck, Betriebsleiter, Chefarzt der Klinik für Geriatrie |
| Telefon: | 06078 79 1003 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de |

| | |
|----------------|---|
| Standort: | Kreisklinik Groß-Umstadt |
| Leitung: | Pflegedienstleitung |
| Name/Funktion: | Jens Müller-Laupert, Pflegedienstleiter |

| | |
|----------------|--|
| Telefon: | 06078 79 1200 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de |
| Standort: | Kreisklinik Groß-Umstadt |
| Leitung: | Ärztliche Leitung |
| Name/Funktion: | Dr. med. Walter Dotzel, Ärztlicher Leiter; Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I |
| Telefon: | 06078 79 2100 |
| Fax: | 06078 79 1809 |
| E-Mail: | w.dotzel@kreiskliniken-dadi.de |
| Standort: | Kreisklinik Jugenheim |
| Leitung: | Verwaltungsleitung |
| Name/Funktion: | Christoph Dahmen, Betriebsleiter, Verwaltungsleiter |
| Telefon: | 06078 79 1000 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de |
| Standort: | Kreisklinik Jugenheim |
| Leitung: | |
| Name/Funktion: | Pelin Meyer, Betriebsleiterin, Fachanwältin für Medizinrecht |
| Telefon: | 06078 79 1002 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de |
| Standort: | Kreisklinik Jugenheim |
| Leitung: | |
| Name/Funktion: | Dr. med. Martin Schunck, Betriebsleiter, Chefarzt der Klinik für Geriatrie in der Kreisklinik Groß-Umstadt |
| Telefon: | 06078 79 1003 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de |
| Standort: | Kreisklinik Jugenheim |
| Leitung: | Pflegedienstleitung |
| Name/Funktion: | Jens Mueller-Laupert, Pflegedienstleiter |
| Telefon: | 06078 79 1000 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de |

| | |
|----------------|---|
| Standort: | Kreisklinik Jugenheim |
| Leitung: | Ärztliche Leitung |
| Name/Funktion: | Dr. med. Walter Dotzel, Ärztlicher Leiter, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I in der Kreisklinik Groß-Umstadt |
| Telefon: | 06078 79 2100 |
| Fax: | 06078 79 1809 |
| E-Mail: | w.dotzel@kreiskliniken-dadi.de |

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Name des Trägers: | Landkreis Darmstadt-Dieburg |
| Träger-Art: | öffentlich |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| | |
|--|----|
| Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? | Ja |
|--|----|

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Die Kreisklinik Jugenheim verfügt über eine Sektion ANOA (Konservative orthopädische Behandlung).

| MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT | |
|--|--|
| 1 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege |
| 2 | Wundmanagement |
| 3 | Sozialdienst |
| 4 | Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik |
| 5 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot |
| 6 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen |

| MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT | |
|--|---|
| 7 | Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik |
| 8 | Vojtathherapie für Erwachsene und/oder Kinder |
| 9 | Physikalische Therapie/Bädertherapie |
| 10 | Wärme- und Kälteanwendungen |
| 11 | Musiktherapie |
| 12 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik |
| 13 | Stillberatung |
| 14 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung |
| 15 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie |
| 16 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare |
| 17 | Aromapflege/-therapie |
| 18 | Atemgymnastik/-therapie |
| 19 | Basale Stimulation |
| 20 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining |
| 21 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) |
| 22 | Diät- und Ernährungsberatung |
| 23 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege |
| 24 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege |
| 25 | Kinästhetik |
| 26 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung |
| 27 | Schmerztherapie/-management |
| 28 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit |
| 29 | Akupunktur |
| 30 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie |
| 31 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden |
| | <i>z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung</i> |
| 32 | Sporttherapie/Bewegungstherapie |
| | <i>z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie</i> |
| 33 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie |
| 34 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen |
| 35 | Manuelle Lymphdrainage |
| 36 | Ergotherapie/Arbeitstherapie |
| 37 | Massage |
| 38 | Fußreflexzonenmassage |

| | |
|----|--|
| | MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT |
| 39 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| | LEISTUNGSANGEBOT |
|----|--|
| 1 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen |
| | <i>Max. Kosten pro Stunde: 0,5 € Max. Kosten pro Tag: 6 €</i> |
| | <i>Gegen Gebühr</i> |
| 2 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum |
| 3 | Hotelleistungen |
| 4 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer |
| | <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> |
| 5 | Geldautomat |
| 6 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle |
| | <i>Im Rahmen von Wuhlleistungen</i> |
| 7 | Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen |
| 8 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) |
| | <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Vegetarische Ernährung; Rücksichtnahme auf religiöse Ernährungsvorgaben; Beachtung von Nahrungallergien</i> |
| 9 | Ein-Bett-Zimmer |
| | <i>Im Rahmen von Wuhlleistungen</i> |
| 10 | Andachtsraum |
| 11 | Telefon am Bett |
| | <i>Kosten pro Tag: 2 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> |
| | <i>Kosten pro Telefon-Zeiteinheit 0,05 €</i> |
| | |
| 12 | Seelsorge |
| 13 | Rundfunkempfang am Bett |
| | <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> |
| 14 | Rooming-in |
| 15 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen |
| 16 | Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer |
| 17 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) |
| 18 | Mutter-Kind-Zimmer |

| LEISTUNGSANGEBOT | |
|------------------|---|
| 19 | Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Internetanschluss ist nur für Wahlleistungspatienten erhältlich (im Preis inbegriffen; weiterer Aufbau folgt)</i> |
| 20 | Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen |
| 21 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Im Rahmen von Wahlleistungen</i> |
| 22 | Zwei-Bett-Zimmer <i>Im Rahmen von Wahlleistungen</i> |
| 23 | Abschiedsraum |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

| ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT | |
|------------------------------|--|
| 1 | Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für "Barrierefreiheit" |
| 2 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal |
| 3 | Besondere personelle Unterstützung |
| 4 | Diätetische Angebote |
| 5 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische |
| 6 | geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) |
| 7 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung |
| 8 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug |
| 9 | Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter |
| 10 | Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe |
| 11 | Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße |
| 12 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen |
| 13 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen |
| 14 | Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten |
| 15 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette |
| 16 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. |
| 17 | Arbeit mit Piktogrammen |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN | |
|---|---|
| 1 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten |
| 2 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten |
| 3 | Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien |
| 4 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) |
| 5 | Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN | |
|-------------------------------------|--|
| 1 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin |
| | <i>Eigene Krankenpflegeschule: http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/karriere-und-beruf/krankenpflegeschule/index.html</i> |

Praktikum für Physio-/ Ergotherapie und Logopäden.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 430

A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|--------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 14250 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 770 |
| Ambulante Fallzahl: | 24049 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. |
|--|--------|--------|---------|-----------------|--------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 162,77 | 162,77 | 0 | 0 ¹⁾ | 162,77 |

| | | | | | |
|--|-------|-------|---|-----------------|-------|
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 77,78 | 77,78 | 0 | 0 ²⁾ | 77,78 |
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 2 | | | | |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

A-11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. |
|--|-------------|-------------|---------|----------------------|-------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 342,22 0 | 342,22 0 | 0 0 | 0 ¹⁾ 0 | 342,22 0 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 1 0 | 1 0 | 0 0 | 0 ²⁾ 0 | 1 0 |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | 6,32 0 | 6,32 0 | 0 0 | 0 ³⁾ 0 | 6,32 0 |
| Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres | 11 | | | | |
| Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 24,95 0 | 24,95 0 | 0 0 | 0 ⁴⁾ 0 | 24,95 0 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 16,31 0 | 16,31 0 | 0 0 | 0 ⁵⁾ 0 | 16,31 0 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

²⁾ Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

³⁾ Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

⁴⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁵⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. |
|---|------|--------|---------|-----------------|-------|
| Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen | 3,3 | 3,3 | 0 | 0 ¹⁾ | 3,3 |
| Ergotherapeuten | 2,85 | 2,85 | 0 | 0 ²⁾ | 2,85 |
| Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten | 2,33 | 2,33 | 0 | 0 ³⁾ | 2,33 |

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen 4,6 4,6 0 0⁴⁾ 4,6

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

³⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁴⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. |
|--|-------|--------|---------|------------------|-------|
| Diätassistent und Diätassistentin | 1 | 1 | 0 | 0 ¹⁾ | 1 |
| Ergotherapeut und Ergotherapeutin | 6,25 | 6,25 | 0 | 0 ²⁾ | 6,25 |
| Gymnastik- und Tanzpädagoge/ Gymnastik- und Tanzpädagogin | 3 | 3 | 0 | 0 ³⁾ | 3 |
| Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin | 0,6 | 0,6 | 0 | 0 ⁴⁾ | 0,6 |
| Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin | 0,75 | 0,75 | 0 | 0 ⁵⁾ | 0,75 |
| Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin | 6 | 6 | 0 | 0 ⁶⁾ | 6 |
| Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch- technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) | 9,12 | 9,12 | 0 | 0 | 9,12 |
| Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA) | 14,71 | 14,71 | 0 | 0 | 14,71 |
| Musiktherapeut und Musiktherapeutin | 0,4 | 0,4 | 0 | 0 ⁷⁾ | 0,4 |
| Physiotherapeut und Physiotherapeutin | 24,06 | 24,06 | 0 | 0 ⁸⁾ | 24,06 |
| Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin | 1,9 | 1,9 | 0 | 0 ⁹⁾ | 1,9 |
| Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin | 5,33 | 5,33 | 0 | 0 ¹⁰⁾ | 5,33 |
| Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta | 5 | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie | 1 | 1 | 0 | 0 ¹¹⁾ | 1 |
| Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |

- ¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
³⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
⁴⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
⁵⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
⁶⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
⁷⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
⁸⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
⁹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
¹⁰⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.
¹¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Silke Sanna, Leitung Qualitätsmanagement |
| Telefon: | 06078 79 1005 |
| Fax: | |
| E-Mail: | s.sanna@kreiskliniken-dadi.de |

A-12.1.2 Lenkungsremium

| | |
|--|----|
| Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht: | Ja |
|--|----|

Wenn ja:

| | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche: | Betriebsleitung, Pflegedienstleitung, Betriebsrat, Qualitäts- und Medizinmanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums: | quartalsweise |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| | |
|--|---|
| Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person: | eigenständige Position für Risikomanagement |
|--|---|

Kontaktdaten:

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Silke Sanna, Leitung Qualitätsmanagement |
| Telefon: | 06078 79 1005 |
| Fax: | |
| E-Mail: | s.sanna@kreiskliniken-dadi.de |

A-12.2.2 Lenkungsgremium

| | |
|--|--|
| Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht: | ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement |
|--|--|

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| | INSTRUMENT BZW. MAßNAHME |
|----|--|
| 1 | Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele Letzte Aktualisierung: 15.11.2016</i> |
| 2 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen |
| 3 | Mitarbeiterbefragungen |
| 4 | Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP Notfall Letzte Aktualisierung: 15.11.2016</i> |
| 5 | Schmerzmanagement |
| 6 | Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Sturz Letzte Aktualisierung: 15.11.2015</i> |
| 7 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 15.11.2015</i> |
| 8 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Freiheitsentziehende Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 15.11.2015</i> |
| 9 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Gerätebücher Letzte Aktualisierung: 15.11.2016</i> |
| 10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen |
| 11 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen |
| 12 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten |

| INSTRUMENT BZW. MAßNAHME | |
|--------------------------|--|
| 13 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust |
| | <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i> |
| 14 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde |
| 15 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen |
| | <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientenidentifikationsarmbänder; OP-Checkliste Letzte Aktualisierung: 15.11.2016</i> |
| 16 | Entlassungsmanagement |

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Qualitätszirkel |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Tumorkonferenzen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen |
| <input type="checkbox"/> | Pathologiebesprechungen |
| <input type="checkbox"/> | Palliativbesprechungen |
| <input type="checkbox"/> | Andere |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

| | |
|--|----|
| Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? | Ja |
|--|----|

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

| INSTRUMENT BZW. MAßNAHME | |
|--------------------------|---|
| 1 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen |
| | <i>Intervall: monatlich</i> |
| 2 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor |
| | <i>Letzte Aktualisierung: 01.05.2016</i> |
| 3 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem |
| | <i>Intervall: bei Bedarf</i> |

Details:

| | |
|---|---|
| Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet: | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums: | quartalsweise |
| Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit: | Beschwerdemanagement OP-Checkliste nach der WHO Patientenidentifikationsarmbänder |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

| | |
|--|------|
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem: | Nein |
|--|------|

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| PERSONAL | ANZAHL |
|---|------------------|
| Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen | 1 ¹⁾ |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 7 ²⁾ |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 2 ³⁾ |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 27 ⁴⁾ |

¹⁾ Übergreifende Hygieneabteilung für beide Kreiskliniken
²⁾ in einzelnen Abteilungen
³⁾ Übergreifende Hygieneabteilung für beide Kreiskliniken
⁴⁾ in einzelnen Abteilungen

A-12.3.1.1 Hygienekommission

| | |
|---|--------------|
| Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? | Ja |
| Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission: | halbjährlich |

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Martin Schunck, Betriebsleiter; Chefarzt der Klinik für Geriatrie |
| Telefon: | 06078 79 1003 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | m.schunck@kreiskliniken-dadi.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

| | OPTION | AUSWAHL |
|---|---|---------|
| 1 | Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| 2 | Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | Ja |
| 3 | Beachtung der Einwirkzeit | Ja |

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

| | OPTION | AUSWAHL |
|---|---------------------|---------|
| 1 | Sterile Handschuhe | Ja |
| 2 | Steriler Kittel | Ja |
| 3 | Kopfhaut | Ja |
| 4 | Mund-Nasen-Schutz | Ja |
| 5 | Steriles Abdecktuch | Ja |

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

| | OPTION | AUSWAHL |
|---|--|---------|
| 1 | Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor. | Ja |
| 2 | Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst. | Ja |
| 3 | Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert. | Ja |

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

| | OPTION | AUSWAHL |
|---|---|---------|
| 1 | Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | Ja |
| 2 | Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) | Ja |
| 3 | Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe | Ja |

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

| | OPTION | AUSWAHL |
|---|--|---------|
| 1 | Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) | Ja |
| 2 | Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | Ja |
| 3 | Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | Ja |
| 4 | Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | Ja |
| 5 | Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | Ja |

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

| | |
|-----------------------------------|-----|
| ... auf allen Intensivstationen: | 101 |
| ... auf allen Allgemeinstationen: | 20 |

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

| | OPTION | AUSWAHL |
|---|--|---------|
| 1 | Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | Ja |
| 2 | Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html). | Ja |

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

| | OPTION | AUSWAHL |
|---|---|---------|
| 1 | Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen | Ja |
| 2 | Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen. | Ja |

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| | INSTRUMENT BZW. MAßNAHME |
|---|--|
| 1 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten |
| 2 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen |
| 3 | Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i> |
| 4 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen |

Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen:

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | AMBU-KISS |
| <input type="checkbox"/> | CDAD-KISS |
| <input checked="" type="checkbox"/> | HAND-KISS |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ITS-KISS |
| <input type="checkbox"/> | MRSA-KISS |
| <input type="checkbox"/> | NEO-KISS |
| <input type="checkbox"/> | ONKO-KISS |
| <input type="checkbox"/> | OP-KISS |
| <input checked="" type="checkbox"/> | STATIONS-KISS |
| <input type="checkbox"/> | SARI |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| | LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT | ERFÜLLT? |
|---|---|----------|
| 1 | Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. | Ja |
| 2 | Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). <i>Die Bearbeitung von Beschwerden ist in Workflows festgelegt.</i> | Ja |
| 3 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. | Ja |
| 4 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. | Ja |
| 5 | Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. | Ja |
| 6 | Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>alle Mitarbeiter des Qualitätsmanagements bearbeiten Beschwerden</i> | Ja |
| 7 | Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. | Ja |
| 8 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig/index.html <i>In beiden Kreiskliniken besteht die Möglichkeit für alle Beteiligten (Patienten, Besucher, Personal) Beschwerden auch über ein anonymisiertes Formular abzugeben.</i> | Ja |
| 9 | Patientenbefragungen | Ja |

| | LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT | ERFÜLLT? |
|----|--|----------|
| | <i>Die Patientenbefragung erfolgt kontinuierlich</i> | |
| 10 | Einweiserbefragungen <i>Die Einweiserbefragung erfolgt alle 2 Jahre</i> | Ja |

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Silke Sanna, Leitung Qualitätsmanagement |
| Telefon: | 06078 79 1005 |
| Fax: | |
| E-Mail: | IhreMeinung@kreiskliniken-dadi.de |

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Silke Sanna, Leiter des Qualitäts- und Medizinmanagements |
| Telefon: | 06078 79 1005 |
| Fax: | 06078 79 1801 |
| E-Mail: | IhreMeinung@kreiskliniken-dadi.de |

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

| | |
|----------------|-------------------------------------|
| Name/Funktion: | Robert Middel, Patientenfürsprecher |
| Telefon: | 06257 5080 |
| Fax: | |
| E-Mail: | r.middel@kreiskliniken-dadi.de |

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| Name/Funktion: | Karl Daab, Patientenfürsprecher |
| Telefon: | 06078 79 0 |
| Fax: | |
| E-Mail: | IhreMeinung@kreiskliniken-dadi.de |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| | APPARATIVE AUSSTATTUNG | UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG | 24H VERFÜGBAR |
|---|--|---|---------------|
| 1 | Mammographiegerät | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | |
| 2 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | |
| 3 | Szintigraphiescanner/Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten | |

| | APPARATIVE AUSSTATTUNG | UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG | 24H VERFÜGBAR |
|----|--|---|---------------|
| 4 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Hirnstrommessung | Nein |
| 5 | Computertomograph (CT) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja |
| | <i>In Kooperation mit Röntgenpraxis im Haus. Teleradiologische Befundung außerhalb der regulären Betriebszeiten.</i> | | |
| 6 | Magnetresonanztomograph (MRT) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder | Nein |
| | <i>In Kooperation mit Röntgenpraxis im Haus.</i> | | |
| 7 | Gerät für Nierenersatzverfahren | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja |
| | <i>Geräte stehen auf der Intensivstation (ZAPI)</i> | | |
| 8 | Angiographiegerät/DSA | Gerät zur Gefäßdarstellung | Nein |
| 9 | Hochfrequenztherapiegerät | Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | |
| 10 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | Ja |
| 11 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | |
| 12 | Inkubatoren Neonatologie | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten) | Nein |

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie)

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie) |

| | |
|-------------|---|
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-innere-medizin-i/index.html |

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1 | (0100) Innere Medizin |

B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Walter Dotzel, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie) |
| Telefon: | 06078 79 2101 |
| Fax: | 06078 79 1809 |
| E-Mail: | w.dotzel@kreiskliniken-dadi.de |

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-innere-medizin-i/index.html |

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V: | Ja |
|--|----|

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| 2 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| 3 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen |
| 4 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|--|
| 5 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums |
| 7 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| 8 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs |
| 10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| 12 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| 13 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen |
| 14 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| 15 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen |
| 16 | Transfusionsmedizin |
| 17 | Endoskopie |
| 18 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten |
| 19 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| 20 | Native Sonographie |
| 21 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| 22 | Eindimensionale Dopplersonographie |
| 23 | Duplexsonographie |
| 24 | Sonographie mit Kontrastmittel |
| 25 | Endosonographie |

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 2463 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | E86 | Flüssigkeitsmangel | 81 |
| 2 | A09.9 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs | 80 |
| 3 | N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet | 62 |
| 4 | R10.1 | Schmerzen im Bereich des Oberbauches | 61 |
| 5 | J18.0 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet | 60 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|---|----------|
| 6 | J18.9 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet | 54 |
| 7 | G45.02 | Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden | 45 |
| 8 | K59.0 | Obstipation | 44 |
| 9 | B99 | Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit | 39 |
| 10 | R55 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps | 36 |
| 11 | K29.1 | Sonstige akute Gastritis | 33 |
| 12 | E11.91 | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | 31 |
| 13 | J20.9 | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet | 30 |
| 14 | K21.0 | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis | 28 |
| 15 | F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 28 |
| 16 | R42 | Schwindel bzw. Taumel | 25 |
| 17 | K29.3 | Chronische Oberflächengastritis | 25 |
| 18 | K92.2 | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet | 24 |
| 19 | A46 | Wundrose - Erysipel | 23 |
| 20 | J44.09 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet | 21 |
| 21 | K52.9 | Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet | 21 |
| 22 | J44.00 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes | 20 |
| 23 | I63.5 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien | 18 |
| 24 | K57.32 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung | 18 |
| 25 | K92.1 | Meläna | 18 |
| 26 | I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | 18 |
| 27 | N20.0 | Nierenstein | 18 |
| 28 | K70.3 | Alkoholische Leberzirrhose | 17 |
| 29 | J18.1 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet | 17 |
| 30 | J44.19 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet | 17 |

B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[1].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|---|-------------|
| 1 | E86 | Volumenmangel | 81 |
| 2 | A09.9 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs | 80 |
| 3 | N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet | 62 |
| 4 | R10.1 | Schmerzen im Bereich des Oberbauches | 61 |
| 5 | J18.0 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet | 60 |
| 6 | J18.9 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet | 54 |
| 7 | J44.0 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege | 52 |
| 8 | G45.0 | Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik | 47 |
| 9 | K57.3 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung | 44 |
| 10 | K59.0 | Obstipation | 44 |
| 11 | B99 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten | 39 |
| 12 | J44.1 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet | 38 |
| 13 | R55 | Synkope und Kollaps | 36 |
| 14 | I50.1 | Linksherzinsuffizienz | 33 |
| 15 | K29.1 | Sonstige akute Gastritis | 33 |
| 16 | E11.9 | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen | 31 |
| 17 | J20.9 | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet | 30 |
| 18 | K21.0 | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis | 28 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 19 | F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 28 |
| 20 | K29.3 | Chronische Oberflächengastritis | 25 |
| 21 | R42 | Schwindel und Taumel | 25 |
| 22 | K92.2 | Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet | 24 |
| 23 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 23 |
| 24 | K52.9 | Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet | 21 |
| 25 | K92.1 | Meläna | 18 |
| 26 | N20.0 | Nierenstein | 18 |
| 27 | I63.5 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien | 18 |
| 28 | K70.3 | Alkoholische Leberzirrhose | 17 |
| 29 | J18.1 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet | 17 |
| 30 | R10.4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen | 17 |

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|----------|--|----------|
| 1 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 952 |
| 2 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 286 |
| 3 | 1-650.2 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie | 229 |
| 4 | 1-650.1 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum | 95 |
| 5 | 5-513.1 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie) | 90 |
| 6 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 81 |
| 7 | 9-200.0 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte | 80 |
| 8 | 1-444.7 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien | 75 |
| 9 | 9-984.1 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit) | 64 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 10 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 61 |
| 11 | 3-030 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel | 58 |
| 12 | 9-984.0 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) | 51 |
| 13 | 1-651 | Diagnostische Sigmoidoskopie | 48 |
| 14 | 1-632.1 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum | 42 |
| 15 | 1-653 | Diagnostische Proktoskopie | 39 |
| 16 | 5-513.20 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen | 39 |
| 17 | 5-452.21 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge | 37 |
| 18 | 1-650.0 | Diagnostische Koloskopie: Partiell | 37 |
| 19 | 1-444.6 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie | 30 |
| 20 | 1-642 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege | 30 |
| 21 | 9-984.2 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit) | 28 |
| 22 | 9-200.1 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte | 26 |
| 23 | 8-153 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle | 23 |
| 24 | 1-654.1 | Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument | 22 |
| 25 | 1-640 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege | 21 |
| 26 | 5-513.21 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter | 15 |
| 27 | 8-191.00 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad | 15 |
| 28 | 5-469.d3 | Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch | 14 |
| 29 | 5-513.f0 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese | 14 |
| 30 | 5-449.d3 | Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch | 14 |

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 1-632 | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung | 998 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 2 | 1-650 | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie | 361 |
| 3 | 1-440 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung | 287 |
| 4 | 5-513 | Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung | 191 |
| 5 | 1-444 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung | 105 |
| 6 | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger | 86 |
| 7 | 3-052 | Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE | 61 |
| 8 | 3-030 | Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen | 58 |
| 9 | 1-642 | Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms | 30 |
| 10 | 8-543 | Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden | 26 |

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. DOTZEL |
| | Privatambulanz |
| 2 | NOTFALLAMBULANZ (24H) |
| | Notfallambulanz (24h) |
| | <i>Im Rahmen der Interdisziplinären Notaufnahme</i> |
| 3 | VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V |
| | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 1-650 | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie | 626 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|--|----------|
| 2 | 1-444 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung | 213 |
| 3 | 5-452 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms | 112 |
| 4 | 5-513 | Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung | 12 |
| 5 | 5-431 | Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung | 6 |
| 6 | 1-640 | Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms | 5 |
| 7 | 1-642 | Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms | < 4 |
| 8 | 1-641 | Untersuchung der Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms | < 4 |
| 9 | 5-429 | Sonstige Operation an der Speiseröhre | < 4 |

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 40 | | | | | |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|------------|
| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 19,44 | 19,44 | 0 | 0 ¹⁾ | 19,44 | 126,7 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 4,25 | 4,25 | 0 | 0 ²⁾ | 4,25 | 579,5 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) | |
|---|---|
| 1 | Innere Medizin <i>Die Kliniken für Innere Medizin I und II sowie die Klinik für Geriatrie verfügen gemeinsam über eine Weiterbildungsermächtigung zum Arzt für Innere Medizin über 5 Jahre</i> |
| 2 | Innere Medizin und SP Gastroenterologie |

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| ZUSATZ-WEITERBILDUNG | |
|----------------------|-----------------|
| 1 | Betriebsmedizin |
| 2 | Intensivmedizin |
| 3 | Notfallmedizin |

B-[1].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|-------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 32,97 | 32,97 | 0 | 0 ¹⁾ | 32,97 | 74,7 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne Auftrennung.

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| ANERKANNTEN FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|--|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 2 | Praxisanleitung |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Casemanagement |

B-[1].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| ZUSATZQUALIFIKATIONEN | |
|-----------------------|--------------------|
| 1 | Kinästhetik |
| 2 | Palliative Care |
| 3 | Basale Stimulation |
| 4 | Bobath |

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|

B-[2] Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugenheim

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugenheim |
| Straße: | Hauptstr. |
| Hausnummer: | 30 |
| PLZ: | 64342 |
| Ort: | Seeheim-Jugenheim |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-orthopaedie-und-traumatologie/index.html |

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|-------------------|
| 1 | (2300) Orthopädie |

B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Hanns-Edgar Hoffart, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugenheim |
| Telefon: | 06257 508 196 |
| Fax: | 06257 508 555 |
| E-Mail: | h.hoffart@kreiskliniken-dadi.de |

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Prof. Dr. med. Peter Schröder, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugenheim |
| Telefon: | 06257 508 551 |
| Fax: | 06257 508 555 |
| E-Mail: | p.schraeder@kreiskliniken-dadi.de |

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Fußchirurgie |
| 2 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| 3 | Wirbelsäulenchirurgie |
| 4 | Handchirurgie |
| 5 | Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| 6 | Schulterchirurgie |
| 7 | Septische Knochenchirurgie |
| 8 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |
| 10 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes |
| 12 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 13 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| 14 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes |
| 15 | Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| 16 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen |
| 17 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| 18 | Amputationschirurgie |
| 19 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes |
| 20 | Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| 21 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 22 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien |
| 23 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 24 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| 25 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| 26 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| 27 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| 28 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| 29 | Kinderorthopädie |
| 30 | Spezialsprechstunde |
| 31 | Endoprothetik |
| 32 | Rheumachirurgie |
| 33 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie |
| 34 | Traumatologie |
| 35 | Arthroskopische Operationen |

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1425 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|------------------------------|----------|
| 1 | M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose | 321 |
| 2 | M16.1 | Sonstige primäre Koxarthrose | 175 |
| 3 | M54.5 | Kreuzschmerz | 142 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|---|----------|
| 4 | M54.4 | Lumboischialgie | 136 |
| 5 | M16.3 | Sonstige dysplastische Koxarthrose | 70 |
| 6 | M54.2 | Zervikalneuralgie | 50 |
| 7 | M75.4 | Impingement-Syndrom der Schulter | 44 |
| 8 | M23.22 | Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus | 36 |
| 9 | T84.0 | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese | 30 |
| 10 | M19.28 | Sonstige sekundäre Arthrose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | 27 |
| 11 | M54.86 | Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich | 19 |
| 12 | M75.1 | Läsionen der Rotatorenmanschette | 16 |
| 13 | S52.51 | Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur | 13 |
| 14 | M75.2 | Tendinitis des M. biceps brachii | 10 |
| 15 | M19.01 | Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | 9 |
| 16 | S92.3 | Fraktur der Mittelfußknochen | 9 |
| 17 | S82.6 | Fraktur des Außenknöchels | 9 |
| 18 | M54.80 | Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | 9 |
| 19 | S72.01 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär | 9 |
| 20 | S83.53 | Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes | 9 |
| 21 | M23.32 | Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus | 8 |
| 22 | M54.82 | Sonstige Rückenschmerzen: Zervikalbereich | 8 |
| 23 | S83.2 | Meniskusriss, akut | 8 |
| 24 | M17.3 | Sonstige posttraumatische Gonarthrose | 8 |
| 25 | T84.5 | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese | 7 |
| 26 | M23.36 | Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus | 6 |
| 27 | M20.1 | Hallux valgus (erworben) | 6 |
| 28 | M22.0 | Habituelle Luxation der Patella | 6 |
| 29 | M17.5 | Sonstige sekundäre Gonarthrose | 5 |
| 30 | S86.0 | Verletzung der Achillessehne | 5 |

B-[2].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-----|--|----------|
| 1 | M54 | Rückenschmerzen | 371 |
| 2 | M17 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes | 336 |
| 3 | M16 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes | 252 |

B-[2].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|---|-------------|
| 1 | M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose | 321 |
| 2 | M16.1 | Sonstige primäre Koxarthrose | 175 |
| 3 | M54.5 | Kreuzschmerz | 142 |
| 4 | M54.4 | Lumboischialgie | 136 |
| 5 | M16.3 | Sonstige dysplastische Koxarthrose | 70 |
| 6 | M54.2 | Zervikalneuralgie | 50 |
| 7 | M23.2 | Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung | 46 |
| 8 | M75.4 | Impingement-Syndrom der Schulter | 44 |
| 9 | M54.8 | Sonstige Rückenschmerzen | 38 |
| 10 | T84.0 | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese | 30 |
| 11 | M19.2 | Sonstige sekundäre Arthrose | 27 |
| 12 | S52.5 | Distale Fraktur des Radius | 19 |
| 13 | M23.3 | Sonstige Meniskusschädigungen | 18 |
| 14 | M75.1 | Läsionen der Rotatorenmanschette | 16 |
| 15 | S72.0 | Schenkelhalsfraktur | 12 |
| 16 | M75.2 | Tendinitis des M. biceps brachii | 10 |
| 17 | M19.0 | Primäre Arthrose sonstiger Gelenke | 10 |
| 18 | S83.5 | Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes | 9 |
| 19 | S92.3 | Fraktur der Mittelfußknochen | 9 |
| 20 | S82.6 | Fraktur des Außenknöchels | 9 |
| 21 | S82.8 | Bimalleolarfraktur | 9 |
| 22 | S83.2 | Meniskusriss, akut | 8 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|---|-------------|
| 23 | M17.3 | Sonstige posttraumatische Gonarthrose | 8 |
| 24 | T84.5 | Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese | 7 |
| 25 | M20.1 | Hallux valgus (erworben) | 6 |
| 26 | M22.0 | Habituelle Luxation der Patella | 6 |
| 27 | M17.5 | Sonstige sekundäre Gonarthrose | 5 |
| 28 | S86.0 | Verletzung der Achillessehne | 5 |
| 29 | S82.1 | Fraktur des proximalen Endes der Tibia | 5 |
| 30 | M25.5 | Gelenkschmerz | 5 |

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 1 | 8-803.2 | Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung | 580 |
| 2 | 5-86a.20 | Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Computergestützte Planung von Operationen an den Extremitätenknochen: Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten | 455 |
| 3 | 8-977 | Fachübergreifende Behandlung des Bewegungsapparates ohne Operation | 345 |
| 4 | 5-988 | Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt | 311 |
| 5 | 5-822.g1 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert | 302 |
| 6 | 5-041.8 | Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Bein | 210 |
| 7 | 5-820.00 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert | 193 |
| 8 | 5-800.4h | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk | 150 |
| 9 | 5-801.gh | Offen chirurgische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Kniegelenk | 98 |
| 10 | 5-782.ah | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Femur distal | 88 |
| 11 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 84 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 12 | 5-804.4 | Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Patellaosteotomie | 83 |
| 13 | 5-812.5 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell | 78 |
| 14 | 5-800.5h | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk | 69 |
| 15 | 5-859.18 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie | 57 |
| 16 | 5-800.6h | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk | 55 |
| 17 | 5-812.kh | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Kniegelenk | 53 |
| 18 | 5-829.h | Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk | 45 |
| 19 | 5-805.6 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale | 44 |
| 20 | 5-800.5g | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk | 41 |
| 21 | 5-782.ak | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Tibia proximal | 41 |
| 22 | 5-820.94 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert | 40 |
| 23 | 5-822.81 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert | 40 |
| 24 | 5-823.27 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel | 38 |
| 25 | 5-782.a0 | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Klavikula | 38 |
| 26 | 5-782.ad | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Becken | 34 |
| 27 | 5-814.3 | Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes | 34 |
| 28 | 5-801.0h | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk | 33 |
| 29 | 5-800.9g | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Hüftgelenk | 31 |
| 30 | 8-914.0x | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Sonstige | 31 |

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 5-800 | Offener operativer Eingriff an einem Gelenk | 403 |
| 2 | 5-822 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks | 376 |
| 3 | 8-977 | Fachübergreifende Behandlung des Bewegungsapparates ohne Operation | 345 |
| 4 | 5-988 | Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt | 311 |
| 5 | 5-820 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks | 260 |
| 6 | 5-041 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven | 211 |
| 7 | 5-812 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung | 184 |
| 8 | 5-801 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) | 158 |
| 9 | 5-829 | Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion | 130 |
| 10 | 5-804 | Operation an der Kniescheibe bzw. ihren Bändern | 97 |

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | PRIVATSPRECHSSTUNDE VON HERRN CHEFARZT PROF. DR. MED. SCHRÄDER |
| | Privatambulanz |
| 2 | AMBULANZ/SPRECHSTUNDE DER KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE JUGENHEIM |
| | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |
| 3 | SPRECHSTUNDE FÜR ARBEITSUNFÄLLE (FREITAG 9 ⁰⁰ -11 ⁰⁰) |
| | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz |
| 4 | PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. HOFFART |
| | Privatambulanz |

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 1 | 5-812 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung | 110 |
| 2 | 5-787 | Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden | 46 |
| 3 | 5-811 | Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung | 39 |
| 4 | 5-790 | Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen | 16 |
| 5 | 5-788 | Operation an den Fußknochen | 14 |
| 6 | 5-841 | Operation an den Bändern der Hand | 11 |
| 7 | 1-697 | Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung | 6 |
| 8 | 5-800 | Offener operativer Eingriff an einem Gelenk | 5 |
| 9 | 5-840 | Operation an den Sehnen der Hand | 5 |
| 10 | 5-810 | Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung | 5 |

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 17,58 | 17,58 | 0 | 0 ¹⁾ | 17,58 | 81,1 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 7,74 | 7,74 | 0 | 0 ²⁾ | 7,74 | 184,1 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung wird aus dem Gesamtstellenpool ohne spezielle Aufschlüsselung erbracht.

²⁾ Die ambulante Versorgung wird aus dem Gesamtstellenpool ohne spezielle Aufschlüsselung erbracht.

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| 2 | Allgemeinchirurgie |

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| ZUSATZ-WEITERBILDUNG | |
|----------------------|--|
| 1 | Physikalische Therapie und Balneologie |
| 2 | Spezielle Schmerztherapie |
| 3 | Akupunktur |
| 4 | Röntgendiagnostik - fachgebunden - |
| 5 | Manuelle Medizin/Chirotherapie |
| 6 | Orthopädische Rheumatologie |
| 7 | Spezielle Unfallchirurgie |

B-[2].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 34,89 | 34,89 | 0 | 0 ¹⁾ | 34,89 | 40,8 |
| Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 11,5 | 11,5 | 0 | 0 ²⁾ | 11,5 | 123,9 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|---|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 2 | Praxisanleitung |

| ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|---|----------------------------------|
| 3 | Bachelor |
| 4 | Hygienebeauftragte in der Pflege |

B-[2].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| ZUSATZQUALIFIKATIONEN | |
|-----------------------|---|
| 1 | Kinästhetik |
| 2 | Basale Stimulation |
| 3 | Palliative Care |
| 4 | Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i> |
| 5 | Dekubitusmanagement |
| 6 | Sturzmanagement |

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|
| | | | | | | |

B-[3] Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie)

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie) |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-innere-medizin-ii/index.html |

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|--------------------|
| 1 | (0300) Kardiologie |

B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Prof. Dr. med. Michael Weber, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II - Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin |
| Telefon: | 06078 79 2201 |
| Fax: | |
| E-Mail: | sekretariat_kardiologie@kreiskliniken-dadi.de |

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-innere-medicin-ii/index.html |

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V: | Ja |
|--|----|

B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit |
| 2 | Elektrophysiologie |
| 3 | Schmerztherapie |
| 4 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| 5 | Transfusionsmedizin |
| 6 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| 7 | Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation |
| 8 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren |

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 10 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| 12 | Intensivmedizin |

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 3134 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|--|----------|
| 1 | I20.0 | Instabile Angina pectoris | 395 |
| 2 | I10.01 | Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | 208 |
| 3 | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | 205 |
| 4 | I48.0 | Vorhofflimmern, paroxysmal | 190 |
| 5 | R07.2 | Präkordiale Schmerzen | 184 |
| 6 | I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | 163 |
| 7 | R55 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps | 106 |
| 8 | I50.13 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung | 103 |
| 9 | I95.1 | Orthostatische Hypotonie | 86 |
| 10 | I25.13 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung | 80 |
| 11 | I10.00 | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | 75 |
| 12 | I25.12 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung | 60 |
| 13 | I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand | 52 |
| 14 | I50.01 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz | 51 |
| 15 | I25.11 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung | 46 |
| 16 | I49.5 | Sick-Sinus-Syndrom | 46 |
| 17 | I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | 44 |
| 18 | I20.8 | Sonstige Formen der Angina pectoris | 40 |
| 19 | I50.12 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung | 38 |
| 20 | I48.1 | Vorhofflimmern, persistierend | 38 |
| 21 | I44.2 | Atrioventrikulärer Block 3. Grades | 30 |
| 22 | I80.28 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten | 30 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|--|----------|
| 23 | R42 | Schwindel bzw. Taumel | 29 |
| 24 | I47.1 | Supraventrikuläre Tachykardie | 28 |
| 25 | R07.3 | Sonstige Brustschmerzen | 27 |
| 26 | Z45.00 | Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers | 21 |
| 27 | R06.0 | Dyspnoe | 18 |
| 28 | I26.9 | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale | 17 |
| 29 | J18.0 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet | 16 |
| 30 | I25.10 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen | 16 |

B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-----|---|----------|
| 1 | I20 | Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris | 449 |
| 2 | I50 | Herzschwäche | 363 |
| 3 | I21 | Akuter Herzinfarkt | 308 |
| 4 | I10 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache | 286 |
| 5 | I48 | Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens | 256 |

B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|---|-------------|
| 1 | I20.0 | Instabile Angina pectoris | 395 |
| 2 | I50.1 | Linksherzinsuffizienz | 307 |
| 3 | I10.0 | Benigne essentielle Hypertonie | 283 |
| 4 | I25.1 | Atherosklerotische Herzkrankheit | 221 |
| 5 | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | 205 |
| 6 | I48.0 | Vorhofflimmern, paroxysmal | 190 |
| 7 | R07.2 | Präkordiale Schmerzen | 184 |
| 8 | R55 | Synkope und Kollaps | 106 |
| 9 | I95.1 | Orthostatische Hypotonie | 86 |
| 10 | I50.0 | Primäre Rechtsherzinsuffizienz | 54 |
| 11 | I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand | 52 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 12 | I49.5 | Sick-Sinus-Syndrom | 46 |
| 13 | I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | 44 |
| 14 | I20.8 | Sonstige Formen der Angina pectoris | 40 |
| 15 | I48.1 | Vorhofflimmern, persistierend | 38 |
| 16 | I80.2 | Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen | 37 |
| 17 | I44.2 | Atrioventrikulärer Block 3. Grades | 30 |
| 18 | R42 | Schwindel und Taumel | 29 |
| 19 | I47.1 | Supraventrikuläre Tachykardie | 28 |
| 20 | R07.3 | Sonstige Brustschmerzen | 27 |
| 21 | Z45.0 | Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems | 22 |
| 22 | R06.0 | Dyspnoe | 18 |
| 23 | I26.9 | Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale | 17 |
| 24 | J18.0 | Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet | 16 |
| 25 | I44.1 | Atrioventrikulärer Block 2. Grades | 15 |
| 26 | N17.9 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet | 15 |
| 27 | I48.2 | Vorhofflimmern, permanent | 15 |
| 28 | J44.0 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege | 13 |
| 29 | T75.4 | Schäden durch elektrischen Strom | 13 |
| 30 | R00.2 | Palpitationen | 13 |

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|----------|--|----------|
| 1 | 1-275.0 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen | 1175 |
| 2 | 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie | 474 |
| 3 | 8-83b.0b | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung | 351 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 4 | 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | 337 |
| 5 | 8-83b.c6 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Resorbierbare Plugs mit Anker | 333 |
| 6 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 323 |
| 7 | 8-640.0 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion) | 165 |
| 8 | 8-83b.00 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | 148 |
| 9 | 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien | 109 |
| 10 | 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | 96 |
| 11 | 1-275.5 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen | 88 |
| 12 | 5-377.30 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation | 81 |
| 13 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 76 |
| 14 | 1-266.0 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher | 60 |
| 15 | 1-279.a | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung | 56 |
| 16 | 3-05g.0 | Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS] | 55 |
| 17 | 8-837.m2 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien | 50 |
| 18 | 1-275.2 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel | 49 |
| 19 | 8-83b.0c | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer | 36 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 20 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 36 |
| 21 | 8-837.m3 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie | 27 |
| 22 | 8-837.m4 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien | 24 |
| 23 | 1-275.1 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel | 23 |
| 24 | 9-984.0 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) | 22 |
| 25 | 8-152.1 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle | 22 |
| 26 | 9-984.1 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit) | 22 |
| 27 | 5-377.8 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder | 18 |
| 28 | 8-83d.00 | Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden bioresorbierbaren Stents: Ein bioresorbierbarer Stent in eine Koronararterie | 17 |
| 29 | 6-002.k3 | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 225 mg bis unter 300 mg | 17 |
| 30 | 9-200.0 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte | 16 |

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 1-275 | Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) | 1335 |
| 2 | 8-837 | Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße | 1164 |
| 3 | 3-052 | Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE | 323 |
| 4 | 8-640 | Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation | 169 |
| 5 | 5-377 | Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator) | 127 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 6 | 1-266 | Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) | 88 |
| 7 | 1-440 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung | 78 |
| 8 | 1-279 | Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter) | 58 |
| 9 | 3-05g | Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße | 55 |
| 10 | 5-378 | Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators | 36 |

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|---|
| 1 | PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT PROF. DR. MED. M. WEBER |
| | Privatambulanz |
| | <i>Alle Leistungen der ambulanten Kardiologie</i> |
| 2 | NOTFALLAMBULANZ (24H) |
| | Notfallambulanz (24h) |
| | <i>Im Rahmen der Interdisziplinären Notaufnahme</i> |
| 3 | VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V |
| | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|--|----------|
| 1 | 1-275 | Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) | 169 |

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 20,13 | 20,13 | 0 | 0 ¹⁾ | 20,13 | 155,7 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 6 | 6 | 0 | 0 ²⁾ | 6 | 522,3 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|--|
| 1 | Innere Medizin <i>Die Kliniken für Innere Medizin I und II sowie die Klinik für Geriatrie verfügen gemeinsam über eine Weiterbildungsermächtigung zum Arzt für Innere Medizin über 5 Jahre.</i> |
| 2 | Innere Medizin und SP Kardiologie |

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|----------------------|
| 1 | Intensivmedizin |
| 2 | Notfallmedizin |

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 18,45 | 18,45 | 0 | 0 ¹⁾ | 18,45 | 169,9 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|---|---|
| 1 | Intensivpflege und Anästhesie |
| 2 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 4 | Praxisanleitung |

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| ZUSATZQUALIFIKATIONEN | |
|-----------------------|--------------------|
| 1 | Basale Stimulation |
| 2 | Kinästhetik |

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|

B-[4] Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin |
| Straße: | Hauptstr. |
| Hausnummer: | 30 |
| PLZ: | 64342 |
| Ort: | Seeheim-Jugenheim |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-orthopaedie-und-traumatologie/index.html |

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|--|
| 1 | (3690) Intensivmedizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten(II) |

B-[4].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Patrick Schmenger, Chefarzt des Zentrums für Akute und Postakute Intensivmedizin |
| Telefon: | 06257 508 524 |
| Fax: | 06257 508 107 |
| E-Mail: | p.schmenger@kreiskliniken-dadi.de |

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Intensivmedizin |
| 2 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <i>im Rahmen der Intensivtherapie</i> |
| 3 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis <i>im Rahmen der Intensivtherapie</i> |
| 4 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura <i>im Rahmen der Intensivtherapie</i> |
| 5 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>im Rahmen der Intensivtherapie</i> |
| 6 | Entwöhnung (Weaning) von der Beatmung |

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 119 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|---|----------|
| 1 | J95.1 | Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation | 43 |
| 2 | J96.01 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] | 20 |
| 3 | J96.00 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] | 20 |
| 4 | J95.2 | Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation | 17 |
| 5 | J96.11 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch] | 4 |
| 6 | A41.8 | Sonstige näher bezeichnete Sepsis | < 4 |
| 7 | J96.10 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] | < 4 |
| 8 | J15.2 | Pneumonie durch Staphylokokken | < 4 |
| 9 | M86.98 | Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | < 4 |
| 10 | K57.23 | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung | < 4 |
| 11 | I25.13 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung | < 4 |
| 12 | S22.2 | Fraktur des Sternums | < 4 |
| 13 | S22.5 | Instabiler Thorax | < 4 |
| 14 | R04.2 | Hämoptoe | < 4 |
| 15 | J15.1 | Pneumonie durch Pseudomonas | < 4 |
| 16 | A40.3 | Sepsis durch Streptococcus pneumoniae | < 4 |
| 17 | C68.8 | Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend | < 4 |
| 18 | J96.09 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet | < 4 |

B-[4].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[4].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 1 | J95.1 | Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation | 43 |
| 2 | J96.0 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert | 41 |
| 3 | J95.2 | Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation | 17 |
| 4 | J96.1 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert | 6 |
| 5 | A41.8 | Sonstige näher bezeichnete Sepsis | < 4 |
| 6 | C68.8 | Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend | < 4 |
| 7 | S22.2 | Fraktur des Sternums | < 4 |
| 8 | A40.3 | Sepsis durch Streptococcus pneumoniae | < 4 |
| 9 | S22.5 | Instabiler Thorax | < 4 |
| 10 | J15.1 | Pneumonie durch Pseudomonas | < 4 |
| 11 | I25.1 | Atherosklerotische Herzkrankheit | < 4 |
| 12 | K57.2 | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung | < 4 |
| 13 | J15.2 | Pneumonie durch Staphylokokken | < 4 |
| 14 | R04.2 | Hämoptoe | < 4 |
| 15 | M86.9 | Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet | < 4 |

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|----------|---|----------|
| 1 | 1-620.00 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen | 851 |
| 2 | 8-854.4 | Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation | 624 |
| 3 | 8-831.2 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel | 250 |
| 4 | 8-930 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens | 110 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 5 | 3-990 | Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung | 100 |
| 6 | 8-831.5 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation | 83 |
| 7 | 8-561.1 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie | 78 |
| 8 | 8-017.2 | Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage | 77 |
| 9 | 3-222 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel | 54 |
| 10 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 48 |
| 11 | 5-916.a2 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum | 45 |
| 12 | 1-900.0 | Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik: Einfach | 44 |
| 13 | 5-869.1 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend | 40 |
| 14 | 3-225 | Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel | 35 |
| 15 | 5-311.1 | Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie | 27 |
| 16 | 8-932 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader | 27 |
| 17 | 8-800.c1 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE | 26 |
| 18 | 1-207.0 | Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden) | 24 |
| 19 | 5-916.a0 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut | 23 |
| 20 | 3-220 | Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel | 22 |
| 21 | 8-144.0 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig | 21 |
| 22 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 20 |
| 23 | 3-052 | Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE | 16 |
| 24 | 8-980.21 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte | 15 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 25 | 5-431.20 | Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode | 14 |
| 26 | 8-132.2 | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend | 13 |
| 27 | 8-980.30 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte | 13 |
| 28 | 8-980.60 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2761 bis 3680 Aufwandspunkte: 2761 bis 3220 Aufwandspunkte | 11 |
| 29 | 8-800.c2 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE | 11 |
| 30 | 3-200 | Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel | 10 |

B-[4].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 1-620 | Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung | 852 |
| 2 | 8-854 | Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse | 628 |
| 3 | 8-831 | Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist | 333 |
| 4 | 8-980 | Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur) | 117 |
| 5 | 8-930 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens | 110 |
| 6 | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger | 100 |
| 7 | 3-990 | Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung | 100 |
| 8 | 8-017 | Künstliche Ernährung über eine Magensonde als medizinische Nebenbehandlung | 90 |
| 9 | 8-561 | Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen | 78 |
| 10 | 5-916 | VAC-Therapie | 77 |

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten 40

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|---|-------|--------|------------|-----------------|-------|----------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 14,42 | 14,42 | 0 | 0 ¹⁾ | 14,42 | 8,3 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 14,42 | 14,42 | 0 | 0 ²⁾ | 14,42 | 8,3 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|--|
| 1 | Anästhesiologie |

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|---------------------------|
| 1 | Intensivmedizin |
| 2 | Notfallmedizin |
| 3 | Spezielle Schmerztherapie |

B-[4].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 40 | 40 | 0 | 0 ¹⁾ | 40 | 3,0 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| | ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE |
|---|---|
| 1 | Intensivpflege und Anästhesie |
| 2 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 3 | Praxisanleitung |
| 4 | Hygienebeauftragte in der Pflege |

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| | ZUSATZQUALIFIKATIONEN |
|---|--|
| 1 | Kinästhetik |
| 2 | Basale Stimulation |
| 3 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| 4 | Bobath |
| 5 | Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW |
| 6 | Dekubitusmanagement |
| 7 | Sturzmanagement |

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|

B-[5] Klinik für Geriatrie**B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Geriatrie |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-geriatrie/index.html |

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL |
|---|-------------------------|
| 1 | (0200) Geriatrie |

B-[5].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Martin Schunck, Chefarzt der Klinik für Geriatrie, Ärztlicher Betriebsleiter |
| Telefon: | 06078 79 2301 |
| Fax: | 06078 79 1813 |
| E-Mail: | m.schunck@kreiskliniken-dadi.de |

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-geriatrie/index.html |

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE |
|----|---|
| 1 | Schmerztherapie |
| 2 | Duplexsonographie |
| 3 | Eindimensionale Dopplersonographie |
| 4 | Native Sonographie |
| 5 | Physikalische Therapie |
| 6 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen |
| 7 | Endoskopie |
| 8 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| 10 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| 11 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |
| 12 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen |
| 13 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas |
| 14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) |
| 15 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen |
| 16 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit |
| 17 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| 18 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| 19 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen |
| 20 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |
| 21 | Geriatrische Tagesklinik |
| 22 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen |
| 23 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen |
| 24 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems |

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg verfügen über ein Alterstraumatologisches Zentrum (ATZ)

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

| ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT | |
|------------------------------|---|
| 1 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung |
| 2 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung |

B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 807 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|---|----------|
| 1 | R26.8 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität | 65 |
| 2 | S72.01 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär | 53 |
| 3 | S72.11 | Femurfraktur: Intertrochantär | 51 |
| 4 | R26.3 | Immobilität | 41 |
| 5 | E86 | Flüssigkeitsmangel | 18 |
| 6 | R29.6 | Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert | 16 |
| 7 | I63.5 | Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien | 16 |
| 8 | I50.01 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz | 15 |
| 9 | S72.2 | Subtrochantäre Fraktur | 14 |
| 10 | I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | 13 |
| 11 | M16.1 | Sonstige primäre Koxarthrose | 12 |
| 12 | I63.8 | Sonstiger Hirnfarkt | 12 |
| 13 | R55 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps | 11 |
| 14 | N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet | 11 |
| 15 | S32.81 | Fraktur: Os ischium | 9 |
| 16 | S32.1 | Fraktur des Os sacrum | 9 |
| 17 | M48.06 | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich | 8 |
| 18 | G45.02 | Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden | 8 |
| 19 | M54.4 | Lumboischialgie | 8 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|--|----------|
| 20 | R26.2 | Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert | 8 |
| 21 | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | 7 |
| 22 | S32.01 | Fraktur eines Lendenwirbels: L1 | 7 |
| 23 | S30.0 | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens | 7 |
| 24 | G20.10 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation | 6 |
| 25 | J18.1 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet | 6 |
| 26 | M54.5 | Kreuzschmerz | 6 |
| 27 | M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose | 6 |
| 28 | I50.13 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung | 6 |
| 29 | S72.08 | Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile | 5 |
| 30 | I25.13 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung | 5 |

B-[5].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[5].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 1 | R26.8 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität | 65 |
| 2 | S72.0 | Schenkelhalsfraktur | 64 |
| 3 | S72.1 | Femurfraktur: Intertrochantär | 55 |
| 4 | R26.3 | Immobilität | 41 |
| 5 | I50.1 | Linksherzinsuffizienz | 19 |
| 6 | E86 | Volumenmangel | 18 |
| 7 | R29.6 | Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert | 16 |
| 8 | I63.5 | Hirnininfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien | 16 |
| 9 | I50.0 | Primäre Rechtsherzinsuffizienz | 16 |
| 10 | S32.0 | Fraktur eines Lendenwirbels | 15 |
| 11 | S32.8 | Fraktur sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Lendenwirbelsäule und des Beckens | 14 |
| 12 | S72.2 | Subtrochantäre Fraktur | 14 |
| 13 | M16.1 | Sonstige primäre Koxarthrose | 12 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 14 | I63.8 | Sonstiger Hirninfarkt | 12 |
| 15 | N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet | 11 |
| 16 | R55 | Synkope und Kollaps | 11 |
| 17 | G20.1 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung | 9 |
| 18 | S32.1 | Fraktur des Os sacrum | 9 |
| 19 | S22.0 | Fraktur eines Brustwirbels | 8 |
| 20 | M54.4 | Lumboischialgie | 8 |
| 21 | R26.2 | Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert | 8 |
| 22 | G45.0 | Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik | 8 |
| 23 | M48.0 | Spinal(kanal)stenose | 8 |
| 24 | I25.1 | Atherosklerotische Herzkrankheit | 7 |
| 25 | I70.2 | Atherosklerose der Extremitätenarterien | 7 |
| 26 | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | 7 |
| 27 | S30.0 | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens | 7 |
| 28 | M54.5 | Kreuzschmerz | 6 |
| 29 | M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose | 6 |
| 30 | J18.1 | Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet | 6 |

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|---------|---|----------|
| 1 | 8-550.1 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten | 577 |
| 2 | 8-550.2 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten | 193 |
| 3 | 9-984.0 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) | 80 |
| 4 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 74 |
| 5 | 9-200.0 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte | 66 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 6 | 9-984.1 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit) | 33 |
| 7 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 32 |
| 8 | 8-191.5 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband | 26 |
| 9 | 8-550.0 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten | 25 |
| 10 | 9-200.1 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte | 16 |
| 11 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 16 |
| 12 | 9-984.4 | Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe | 15 |
| 13 | 1-266.0 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher | 12 |
| 14 | 9-320 | Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens | 11 |
| 15 | 1-650.1 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum | 11 |
| 16 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 7 |
| 17 | 8-191.00 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad | 7 |
| 18 | 1-651 | Diagnostische Sigmoidoskopie | 4 |
| 19 | 1-650.0 | Diagnostische Koloskopie: Partiell | 4 |
| 20 | 1-444.7 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien | 4 |
| 21 | 3-030 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel | 3 |
| 22 | 3-100.0 | Mammographie: Eine oder mehr Ebenen | 3 |
| 23 | 5-869.1 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend | 2 |
| 24 | 1-712 | Spiroergometrie | 2 |
| 25 | 3-035 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung | 2 |
| 26 | 8-153 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle | 2 |
| 27 | 5-820.40 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert | 2 |
| 28 | 8-191.20 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Ohne Debridement-Bad | 2 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 29 | 9-401.00 | Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden | 2 |
| 30 | 1-650.2 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie | 2 |

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|--|----------|
| 1 | 8-550 | Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen | 795 |
| 2 | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen | 84 |
| 3 | 8-191 | Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten | 36 |
| 4 | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger | 16 |
| 5 | 9-320 | Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens | 11 |
| 6 | 5-916 | Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz | < 4 |
| 7 | 1-712 | Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung | < 4 |
| 8 | 8-190 | Spezielle Verbandstechnik | < 4 |
| 9 | 9-401 | Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention | < 4 |

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|---|
| 1 | PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. MED SCHUNCK |
| | Privatambulanz |
| 2 | VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V |
| | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

**B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

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

| | |
|--------------------------|------|
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |
|--------------------------|------|

B-[5].11 Personelle Ausstattung**B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

| | |
|---|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 40 |
|---|----|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 9,77 | 9,77 | 0 | 0 ¹⁾ | 9,77 | 82,6 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 4 | 4 | 0 | 0 ²⁾ | 4 | 201,8 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|---|
| 1 | Allgemeinmedizin |
| 2 | Innere Medizin |

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|---------------------------|
| 1 | Geriatrie |
| 2 | Spezielle Schmerztherapie |
| 3 | Notfallmedizin |
| 4 | Palliativmedizin |

B-[5].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 24,8 | 24,8 | 0 | 0 ¹⁾ | 24,8 | 32,5 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| | ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE |
|---|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 2 | Rehabilitation |
| 3 | Praxisanleitung |
| 4 | Hygienebeauftragte in der Pflege |

Pflegeexperte klinische Geriatrie
Führerschein Geriatrie
Kreative Geronto-Therapeutin nach SMEI
Validation/Anwenderin nach Naomi Feil

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| | ZUSATZQUALIFIKATIONEN |
|---|-----------------------|
| 1 | Geriatrie |
| 2 | Kinästhetik |
| 3 | Basale Stimulation |
| 4 | Bobath |
| 5 | Dekubitusmanagement |

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|------------|------|-------|----------------|
|----------|------|--------|------------|------|-------|----------------|

B-[6] Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pfleagesätze)

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/geriatriische-tagesklinik/index.html |

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|---|
| 1 | (0260) Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |

B-[6].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Martin Schunck, Chefarzt der Klinik für Geriatrie, Ärztlicher Betriebsleiter |
| Telefon: | 06078 79 2301 |
| Fax: | 06078 79 1813 |
| E-Mail: | m.schunck@kreiskliniken-dadi.de |

B-[6].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/geriatriische-tagesklinik/index.html |

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V: | Ja |
|--|----|

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Geriatrische Tagesklinik |
| 2 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen |

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

| ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT | |
|------------------------------|---|
| 1 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung |
| 2 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung |

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 212 |

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu, da hier nur vollstationäre Fälle berücksichtigt werden (siehe hierzu die Ausfüllhinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses).

B-[6].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[6].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|----------|--|----------|
| 1 | 8-98a.11 | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie | 2974 |
| 2 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 7 |
| 3 | 9-984.0 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) | 6 |
| 4 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 4 |
| 5 | 1-650.1 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum | 2 |
| 6 | 9-984.1 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit) | 1 |
| 7 | 1-266.0 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher | 1 |

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|--|----------|
| 1 | 8-98a | Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt | 2974 |

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | | |
|---|---|--|
| 1 | PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. SCHUNCK | |
| | Privatambulanz | |

B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 40 |
|--|----|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|------------|------|-------|----------------|
|----------|------|--------|------------|------|-------|----------------|

- ¹⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
²⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
³⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
⁴⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
⁵⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
⁶⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
⁷⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
⁸⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
⁹⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie
¹⁰⁾ Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|--|
| 1 | Allgemeinmedizin <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i> |
| 2 | Innere Medizin <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i> |

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|--|
| 1 | Geriatrie <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i> |
| 2 | Spezielle Schmerztherapie |
| 3 | Notfallmedizin <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i> |

ZUSATZ-WEITERBILDUNG

- 4 Palliativmedizin
Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie

B-[6].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|--------------------|--------------------|---------|------|--------------------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 3,85 ¹⁾ | 3,85 ²⁾ | 0 | 0 | 3,85 ³⁾ | 0,0 |

¹⁾ *Gemeinsames Personal für stationäre Behandlung und Tagesklinik*

²⁾ *Gemeinsames Personal für stationäre Behandlung und Tagesklinik*

³⁾ *Gemeinsames Personal für stationäre Behandlung und Tagesklinik*

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|---|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| ZUSATZQUALIFIKATIONEN | |
|-----------------------|--------------------|
| 1 | Geriatrie |
| 2 | Kinästhetik |
| 3 | Basale Stimulation |
| 4 | Bobath |

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|

B-[7] Klinik für Allgemeinchirurgie**B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Allgemeinchirurgie |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-allgemeinchirurgie/index.html |

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1 | (1500) Allgemeine Chirurgie |

B-[7].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Hans-Jürgen Hain, Chefarzt der Klinik für Allgemeinchirurgie |
| Telefon: | 06078 79 2401 |
| Fax: | 06078 79 1814 |
| E-Mail: | allgemeinchirurgie@kreiskliniken-dadi.de |

B-[7].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-allgemeinchirurgie/index.html |

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V: | Ja |
|--|----|

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Notfallmedizin |
| 2 | Kinderchirurgie |
| 3 | Native Sonographie |
| 4 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen |
| 5 | Chirurgische Intensivmedizin |
| 6 | Minimalinvasive endoskopische Operationen |
| 7 | Schrittmachereingriffe |
| 8 | Adipositaschirurgie |
| 9 | Defibrillatoreingriffe |
| 10 | Portimplantation |
| 11 | Tumorchirurgie |
| 12 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie |
| 13 | Magen-Darm-Chirurgie |
| 14 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe |

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1499 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|--------|--|----------|
| 1 | A09.9 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs | 104 |
| 2 | K35.8 | Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet | 91 |
| 3 | K40.90 | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet | 69 |
| 4 | K59.0 | Obstipation | 66 |
| 5 | K80.10 | Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 64 |
| 6 | K80.00 | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 59 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|--|----------|
| 7 | K57.32 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung | 58 |
| 8 | K61.0 | Analabszess | 36 |
| 9 | L05.0 | Pilonidalzyste mit Abszess | 32 |
| 10 | L02.4 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten | 31 |
| 11 | E66.82 | Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr | 29 |
| 12 | N13.2 | Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein | 27 |
| 13 | K57.22 | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung | 26 |
| 14 | K80.20 | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 23 |
| 15 | C20 | Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs | 23 |
| 16 | L72.1 | Trichilemmalzyste | 22 |
| 17 | K43.2 | Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän | 22 |
| 18 | N20.1 | Ureterstein | 20 |
| 19 | K64.2 | Hämorrhoiden 3. Grades | 20 |
| 20 | K35.31 | Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur | 18 |
| 21 | K81.0 | Akute Cholezystitis | 17 |
| 22 | K85.10 | Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation | 17 |
| 23 | L02.2 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf | 17 |
| 24 | K56.5 | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion | 16 |
| 25 | L03.11 | Phlegmone an der unteren Extremität | 16 |
| 26 | K35.30 | Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur | 16 |
| 27 | K62.3 | Rektumprolaps | 15 |
| 28 | K40.20 | Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet | 15 |
| 29 | K42.9 | Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän | 14 |
| 30 | K56.6 | Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion | 13 |

B-[7].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[7].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|---|-------------|
| 1 | A09.9 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs | 104 |
| 2 | K35.8 | Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet | 91 |
| 3 | K40.9 | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän | 79 |
| 4 | K59.0 | Obstipation | 66 |
| 5 | K80.0 | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis | 64 |
| 6 | K80.1 | Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis | 64 |
| 7 | K57.3 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung | 63 |
| 8 | K35.3 | Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis | 41 |
| 9 | K61.0 | Analabszess | 36 |
| 10 | L05.0 | Pilonidalzyste mit Abszess | 32 |
| 11 | L02.4 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten | 31 |
| 12 | E66.8 | Sonstige Adipositas | 29 |
| 13 | K57.2 | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung | 27 |
| 14 | N13.2 | Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein | 27 |
| 15 | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | 23 |
| 16 | K80.2 | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis | 23 |
| 17 | L72.1 | Trichilemmalzyste | 22 |
| 18 | K43.2 | Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän | 22 |
| 19 | K64.2 | Hämorrhoiden 3. Grades | 20 |
| 20 | N20.1 | Ureterstein | 20 |
| 21 | K81.0 | Akute Cholezystitis | 17 |
| 22 | L02.2 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf | 17 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 23 | K85.1 | Biliäre akute Pankreatitis | 17 |
| 24 | K56.5 | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion | 16 |
| 25 | L03.1 | Phlegmone an der oberen Extremität | 16 |
| 26 | I70.2 | Atherosklerose der Extremitätenarterien | 15 |
| 27 | K80.4 | Gallengangsstein mit Cholezystitis | 15 |
| 28 | K62.3 | Rektumprolaps | 15 |
| 29 | K40.2 | Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän | 15 |
| 30 | K42.9 | Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän | 14 |

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 1 | 5-511.11 | Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge | 168 |
| 2 | 5-470.11 | Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler) | 125 |
| 3 | 5-932.00 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung | 90 |
| 4 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 90 |
| 5 | 5-530.31 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] | 75 |
| 6 | 5-983 | Reoperation | 55 |
| 7 | 5-469.20 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch | 44 |
| 8 | 5-490.1 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision | 39 |
| 9 | 5-897.0 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision | 38 |
| 10 | 5-932.1 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material | 30 |
| 11 | 5-469.21 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch | 28 |
| 12 | 3-138 | Gastrographie | 27 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 13 | 5-534.03 | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen | 26 |
| 14 | 5-530.33 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior) | 23 |
| 15 | 1-444.7 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien | 22 |
| 16 | 5-916.a4 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Endorektal | 21 |
| 17 | 5-536.47 | Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik | 20 |
| 18 | 5-445.41 | Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Mit Staplernaht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose: Laparoskopisch | 19 |
| 19 | 5-455.75 | Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose | 17 |
| 20 | 5-493.5 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Mit Stapler | 16 |
| 21 | 5-916.a0 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut | 15 |
| 22 | 5-469.11 | Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Laparoskopisch | 14 |
| 23 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 13 |
| 24 | 5-434.51 | Atypische partielle Magenresektion: Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resektion]: Laparoskopisch | 12 |
| 25 | 5-493.2 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan) | 12 |
| 26 | 5-894.06 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Schulter und Axilla | 12 |
| 27 | 3-607 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten | 11 |
| 28 | 5-916.a1 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten | 11 |
| 29 | 5-399.5 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) | 11 |
| 30 | 5-452.21 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge | 11 |

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 5-511 | Operative Entfernung der Gallenblase | 195 |
| 2 | 5-470 | Operative Entfernung des Blinddarms | 132 |
| 3 | 5-530 | Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie) | 108 |
| 4 | 5-469 | Sonstige Operation am Darm | 107 |
| 5 | 5-894 | Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut | 63 |
| 6 | 5-455 | Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms | 50 |
| 7 | 5-916 | Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz | 47 |
| 8 | 5-490 | Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Anus | 45 |
| 9 | 5-897 | Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis) | 40 |
| 10 | 5-534 | Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie) | 40 |

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V |
| | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |
| 2 | NOTFALLAMBULANZ (24H) |
| | Notfallambulanz (24h) |
| | <i>Alle Notfälle der Allgemein- und Viszeralchirurgie</i> |
| 3 | PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. MED. H.-J. HAIN |
| | Privatambulanz |
| | <i>Alle Leistungen der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Kreisklinik Groß-Umstadt</i> |

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**B-[7].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|--|----------|
| 1 | 5-640 | Operation an der Vorhaut des Penis | 32 |
| 2 | 5-399 | Sonstige Operation an Blutgefäßen | 30 |
| 3 | 5-534 | Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie) | 13 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|---|----------|
| 4 | 1-502 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt | 7 |
| 5 | 5-378 | Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators | 7 |
| 6 | 5-530 | Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie) | 6 |
| 7 | 5-401 | Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße | 5 |
| 8 | 5-385 | Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein | 5 |
| 9 | 5-482 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After | < 4 |
| 10 | 5-624 | Operative Befestigung des Hodens im Hodensack | < 4 |

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | |
|---|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 40 |
|---|----|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 13,42 | 13,42 | 0 | 0 ¹⁾ | 13,42 | 111,7 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 5 | 5 | 0 | 0 ²⁾ | 5 | 299,8 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|---|
| 1 | Viszeralchirurgie |

| FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) | |
|---|--|
| 2 | Allgemeinchirurgie <i>Die Klinik besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt für Chirurgie (gemeinsam mit der Klinik für Unfallchirurgie)</i> |
| 3 | Gefäßchirurgie |

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[7].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|-------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 15,45 | 15,45 | 0 | 0 ¹⁾ | 15,45 | 97,0 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|---|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 2 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | Praxisanleitung |

B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| ZUSATZQUALIFIKATIONEN | |
|-----------------------|-------------|
| 1 | Kinästhetik |

B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|

B-[8] Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-unfallchirurgie-und-orthopaedie/index.html |

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|------------------------|
| 1 | (1600) Unfallchirurgie |

B-[8].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Wolfgang Renschler, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie |
| Telefon: | 06078 79 2501 |
| Fax: | 06078 79 1815 |
| E-Mail: | unfallchirurgie@kreiskliniken-dadi.de |

B-[8].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-unfallchirurgie-und-orthopaedie/index.html |

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V: | Ja |
|--|----|

B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 2 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien |
| 3 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen |
| 4 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln |
| 5 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien |
| 7 | Kindertraumatologie |
| 8 | Traumatologie |
| 9 | Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| 10 | Schulterchirurgie |
| 11 | Handchirurgie |
| 12 | Fußchirurgie |
| 13 | Endoprothetik |
| 14 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane |
| 15 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien |
| 16 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes |
| 17 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| 18 | Chirurgische Intensivmedizin |
| 19 | Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| 20 | Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| 21 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| 22 | Septische Knochenchirurgie |
| 23 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen |
| 24 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes |
| 25 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses |
| 26 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| 27 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| 28 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| 29 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes |
| 30 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 31 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |
| 32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| 33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes |
| 34 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen |
| 35 | Amputationschirurgie |
| 36 | Wirbelsäulenchirurgie |
| 37 | Verbrennungschirurgie |
| 38 | Arthroskopische Operationen |
| 39 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule |
| 40 | Chirurgie der peripheren Nerven |
| 41 | Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen |
| 42 | Physikalische Therapie |
| 43 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes |

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1414 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|---|----------|
| 1 | M51.1 | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie | 139 |
| 2 | S06.0 | Gehirnerschütterung | 131 |
| 3 | S52.51 | Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur | 72 |
| 4 | M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose | 53 |
| 5 | M48.06 | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich | 53 |
| 6 | S82.6 | Fraktur des Außenknöchels | 44 |
| 7 | M51.2 | Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung | 39 |
| 8 | M54.4 | Lumboischialgie | 27 |
| 9 | S00.05 | Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung | 27 |
| 10 | S72.01 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär | 26 |
| 11 | S72.11 | Femurfraktur: Intertrochantär | 26 |
| 12 | M54.5 | Kreuzschmerz | 24 |
| 13 | S82.81 | Bimalleolarfraktur | 20 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|--|----------|
| 14 | S82.18 | Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige | 19 |
| 15 | M50.1 | Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie | 19 |
| 16 | S82.82 | Trimalleolarfraktur | 18 |
| 17 | M48.02 | Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich | 18 |
| 18 | S42.29 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile | 15 |
| 19 | M16.1 | Sonstige primäre Koxarthrose | 14 |
| 20 | S52.59 | Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile | 13 |
| 21 | S42.21 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf | 13 |
| 22 | S52.6 | Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert | 12 |
| 23 | S86.0 | Verletzung der Achillessehne | 12 |
| 24 | S52.01 | Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon | 12 |
| 25 | S30.0 | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens | 12 |
| 26 | S52.52 | Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur | 11 |
| 27 | S42.3 | Fraktur des Humerusschaftes | 11 |
| 28 | S80.1 | Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels | 11 |
| 29 | S92.0 | Fraktur des Kalkaneus | 11 |
| 30 | S82.28 | Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige | 10 |

B-[8].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[8].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|---|------------|---|-------------|
| 1 | M51.1 | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie | 139 |
| 2 | S06.0 | Gehirnerschütterung | 131 |
| 3 | S52.5 | Distale Fraktur des Radius | 99 |
| 4 | M48.0 | Spinal(kanal)stenose | 76 |
| 5 | M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose | 53 |
| 6 | S82.6 | Fraktur des Außenknöchels | 44 |
| 7 | M51.2 | Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung | 39 |
| 8 | S82.8 | Bimalleolarfraktur | 39 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 9 | S42.2 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus | 33 |
| 10 | S72.0 | Schenkelhalsfraktur | 30 |
| 11 | S72.1 | Femurfraktur: Intertrochantär | 28 |
| 12 | M54.4 | Lumboischialgie | 27 |
| 13 | S00.0 | Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut | 27 |
| 14 | M54.5 | Kreuzschmerz | 24 |
| 15 | S82.1 | Fraktur des proximalen Endes der Tibia | 20 |
| 16 | M50.1 | Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie | 19 |
| 17 | S32.0 | Fraktur eines Lendenwirbels | 18 |
| 18 | S42.4 | Fraktur des distalen Endes des Humerus | 18 |
| 19 | S22.4 | Rippenserienfraktur | 16 |
| 20 | S52.0 | Fraktur des proximalen Endes der Ulna | 15 |
| 21 | M16.1 | Sonstige primäre Koxarthrose | 14 |
| 22 | L03.1 | Phlegmone an der oberen Extremität | 13 |
| 23 | S82.2 | Fraktur des Tibiaschaftes | 13 |
| 24 | S86.0 | Verletzung der Achillessehne | 12 |
| 25 | S30.0 | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens | 12 |
| 26 | S52.6 | Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert | 12 |
| 27 | S80.1 | Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels | 11 |
| 28 | S42.3 | Fraktur des Humerusschaftes | 11 |
| 29 | S92.0 | Fraktur des Kalkaneus | 11 |
| 30 | S82.3 | Distale Fraktur der Tibia | 10 |

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|---------|---|----------|
| 1 | 5-984 | Mikrochirurgische Technik | 225 |
| 2 | 5-830.2 | Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenerivation | 182 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 3 | 5-032.20 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment | 160 |
| 4 | 5-831.2 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression | 135 |
| 5 | 5-839.60 | Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherner Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment | 84 |
| 6 | 5-790.5f | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal | 82 |
| 7 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 78 |
| 8 | 5-794.k6 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal | 70 |
| 9 | 5-820.40 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert | 69 |
| 10 | 5-869.2 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe | 69 |
| 11 | 5-793.3r | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal | 61 |
| 12 | 5-806.3 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht der Syndesmose | 59 |
| 13 | 5-822.g1 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert | 59 |
| 14 | 5-832.4 | Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell | 55 |
| 15 | 5-822.81 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert | 43 |
| 16 | 5-032.10 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment | 43 |
| 17 | 5-793.1r | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal | 42 |
| 18 | 5-832.1 | Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Wirbelkörper, partiell | 40 |
| 19 | 5-900.04 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf | 36 |
| 20 | 5-793.k6 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal | 33 |
| 21 | 5-836.50 | Spondylodese: Ventral: 1 Segment | 28 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 22 | 5-83b.70 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment | 28 |
| 23 | 5-032.00 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment | 27 |
| 24 | 5-030.70 | Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment | 25 |
| 25 | 5-784.7h | Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen: Femur distal | 23 |
| 26 | 5-820.00 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert | 22 |
| 27 | 5-831.3 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe | 22 |
| 28 | 9-200.0 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte | 20 |
| 29 | 5-794.k1 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal | 20 |
| 30 | 5-793.1n | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal | 20 |

B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 1 | 5-793 | Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 238 |
| 2 | 5-794 | Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 201 |
| 3 | 5-830 | Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule | 188 |
| 4 | 5-831 | Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe | 178 |
| 5 | 5-790 | Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen | 140 |
| 6 | 5-839 | Prothetik an der Wirbelsäule | 119 |
| 7 | 5-832 | Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule | 114 |
| 8 | 5-822 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks | 103 |
| 9 | 5-820 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks | 98 |
| 10 | 5-806 | Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des oberen Sprunggelenks | 64 |

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | D-ARZT-/BERUFSGEHOSENENSCHAFTLICHE AMBULANZ |
| | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz |
| 2 | NOTFALLAMBULANZ (24H) |
| | Notfallambulanz (24h) |
| | <i>Behandlung von allen unfallchirurgischen Notfällen</i> |
| 3 | PRIVATAMBULANZ |
| | Privatambulanz |
| | LEISTUNGEN: |
| | VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken |
| | VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen |
| | 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 |
| | VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses |
| | VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |
| | VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| | VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes |
| | VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| | VO15 - Fußchirurgie |
| | VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| | VO16 - Handchirurgie |
| | VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| | VO19 - Schulterchirurgie |
| | VC30 - Septische Knochenchirurgie |
| | VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie |
| | VC65 - Wirbelsäulenchirurgie |
| | <i>Gesamtes Spektrum der Unfallchirurgie und Orthopädie</i> |

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[8].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 1 | 5-787 | Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden | 212 |
| 2 | 5-790 | Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen | 49 |
| 3 | 8-201 | Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten | 41 |
| 4 | 5-812 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung | 30 |
| 5 | 5-056 | Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion | 28 |
| 6 | 5-840 | Operation an den Sehnen der Hand | 19 |
| 7 | 5-845 | Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand | 16 |
| 8 | 5-849 | Sonstige Operation an der Hand | 11 |
| 9 | 5-795 | Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen | 11 |
| 10 | 1-697 | Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung | 10 |

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | |
|---|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 40 |
|---|----|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|

| | | | | | | |
|--|-------|-------|---|-----------------|-------|-------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 11,08 | 11,08 | 0 | 0 ¹⁾ | 11,08 | 127,6 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 6,25 | 6,25 | 0 | 0 ²⁾ | 6,25 | 226,2 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Allgemeinchirurgie |
| 2 | Orthopädie und Unfallchirurgie |

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| ZUSATZ-WEITERBILDUNG | |
|----------------------|---------------------------|
| 1 | Handchirurgie |
| 2 | Spezielle Unfallchirurgie |

B-[8].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 13,55 | 13,55 | 0 | 0 ¹⁾ | 13,55 | 104,4 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|---|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 2 | Praxisanleitung |
| 3 | Hygienebeauftragte in der Pflege |

B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| ZUSATZQUALIFIKATIONEN | |
|-----------------------|-------------|
| 1 | Kinästhetik |

B-[8].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|

B-[9] Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie

B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-plastische-und-aesthetische-chirurgie/index.html |

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1 | (1900) Plastische Chirurgie |

B-[9].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Anton Lang, Chefarzt der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie |
| Telefon: | 06078 79 2551 |
| Fax: | 06078 79 1819 |
| E-Mail: | a.lang@kreiskliniken-dadi.de |

B-[9].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-plastische-und-aesthetische-chirurgie/index.html |

B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE |
|----|---|
| 1 | Plastisch-rekonstruktive Chirurgie |
| 2 | Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie |
| 3 | Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres |
| 4 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren |
| 5 | Spezialsprechstunde |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde |
| 7 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde |
| 8 | Operationen wegen Thoraxtrauma |
| 9 | Tumorchirurgie |
| 10 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |
| 11 | Adipositaschirurgie |
| 12 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen |
| 13 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes |
| 14 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses |
| 15 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| 16 | Verbrennungschirurgie |
| 17 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe |
| 18 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren |
| 19 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut |

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 20 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung |
| 21 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut |
| 22 | Spezialsprechstunde |
| 23 | Dermatochirurgie |
| 24 | Ästhetische Dermatologie |
| 25 | Dermatohistologie |
| 26 | Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen |
| 27 | Wundheilungsstörungen |
| 28 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 29 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 30 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie |
| 31 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich |
| 32 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren |
| 33 | Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich |
| 34 | Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren |
| 35 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane |
| 36 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich |
| 37 | Plastisch-rekonstruktive Chirurgie |
| 38 | Spezialsprechstunde |
| 39 | Laserchirurgie |

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 167 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|--------|---|----------|
| 1 | M86.98 | Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | 23 |
| 2 | C44.3 | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes | 8 |
| 3 | M86.68 | Sonstige chronische Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | 8 |
| 4 | E65 | Fettpolster | 7 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|---|----------|
| 5 | L89.34 | Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein | 6 |
| 6 | D17.1 | Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes | 6 |
| 7 | D17.2 | Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten | 6 |
| 8 | L72.1 | Trichilemmalzyste | 6 |
| 9 | M86.48 | Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | 5 |
| 10 | L91.0 | Hypertrophe Narbe | 5 |
| 11 | C44.4 | Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses | 4 |
| 12 | T81.4 | Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert | 4 |
| 13 | T85.82 | Kapsel纤维ose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat | < 4 |
| 14 | L98.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut | < 4 |
| 15 | L89.36 | Dekubitus 4. Grades: Trochanter | < 4 |
| 16 | B07 | Warzen | < 4 |
| 17 | T24.21 | Verbrennung Grad 2b der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß | < 4 |
| 18 | C44.1 | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus | < 4 |
| 19 | I20.0 | Instabile Angina pectoris | < 4 |
| 20 | S01.29 | Offene Wunde: Sonstige und mehrere Teile der Nase | < 4 |
| 21 | C44.2 | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges | < 4 |
| 22 | L72.0 | Epidermalzyste | < 4 |
| 23 | M89.88 | Sonstige näher bezeichnete Knochenkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | < 4 |
| 24 | T22.21 | Verbrennung Grad 2a der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand: Unterarm und Ellenbogen | < 4 |
| 25 | Q17.5 | Abstehendes Ohr | < 4 |
| 26 | T21.84 | Verbrennung Grad 2b des Rumpfes: Rücken [jeder Teil] | < 4 |
| 27 | L97 | Geschwür am Unterschenkel | < 4 |
| 28 | Q83.88 | Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma | < 4 |
| 29 | L03.2 | Phlegmone im Gesicht | < 4 |
| 30 | L08.8 | Sonstige näher bezeichnete lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut | < 4 |

B-[9].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[9].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 1 | M86.9 | Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet | 23 |
| 2 | L89.3 | Dekubitus 4. Grades | 10 |
| 3 | C44.3 | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes | 8 |
| 4 | M86.6 | Sonstige chronische Osteomyelitis | 8 |
| 5 | E65 | Lokalisierte Adipositas | 7 |
| 6 | M86.4 | Chronische Osteomyelitis mit Fistel | 6 |
| 7 | D17.1 | Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes | 6 |
| 8 | D17.2 | Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten | 6 |
| 9 | L72.1 | Trichilemmalzyste | 6 |
| 10 | L91.0 | Hypertrophe Narbe | 5 |
| 11 | C44.4 | Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses | 4 |
| 12 | T81.4 | Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert | 4 |
| 13 | B07 | Viruswarzen | < 4 |
| 14 | T85.8 | Kapselprothese der Mamma durch Mammoprothese oder -implantat | < 4 |
| 15 | L98.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut | < 4 |
| 16 | S01.3 | Offene Wunde des Ohres und der Gehörstrukturen | < 4 |
| 17 | M89.8 | Sonstige näher bezeichnete Knochenkrankheiten | < 4 |
| 18 | L72.0 | Epidermalzyste | < 4 |
| 19 | C44.2 | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges | < 4 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|---|-------------|
| 20 | T22.2 | Verbrennung Grad 2a der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand | < 4 |
| 21 | T21.8 | Verbrennung Grad 2b des Rumpfes | < 4 |
| 22 | I20.0 | Instabile Angina pectoris | < 4 |
| 23 | S01.2 | Offene Wunde der Nase | < 4 |
| 24 | T24.2 | Verbrennung 2. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß | < 4 |
| 25 | C44.1 | Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus | < 4 |
| 26 | Q17.5 | Abstehendes Ohr | < 4 |
| 27 | C44.0 | Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut | < 4 |
| 28 | D17.9 | Gutartige Neubildung des Fettgewebes, nicht näher bezeichnet | < 4 |
| 29 | L02.0 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel im Gesicht | < 4 |
| 30 | D22.5 | Melanozytennävus des Rumpfes | < 4 |

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|----------|--|----------|
| 1 | 5-869.1 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend | 248 |
| 2 | 5-916.a2 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum | 171 |
| 3 | 5-916.a1 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten | 49 |
| 4 | 5-916.a0 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut | 39 |
| 5 | 5-343.3 | Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Partielle Resektion am knöchernen Thorax, Sternum | 31 |
| 6 | 5-857.65 | Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Brustwand und Rücken | 21 |
| 7 | 8-190.31 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage | 20 |
| 8 | 5-349.1 | Andere Operationen am Thorax: Sequesterotomie an Rippe oder Sternum | 18 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 9 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 18 |
| 10 | 5-903.5a | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken | 14 |
| 11 | 5-343.2 | Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Partielle Resektion am knöchernen Thorax, Rippe | 14 |
| 12 | 8-190.21 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage | 14 |
| 13 | 5-857.67 | Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß | 13 |
| 14 | 5-857.75 | Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Brustwand und Rücken | 13 |
| 15 | 8-190.32 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage | 12 |
| 16 | 5-894.14 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf | 11 |
| 17 | 5-903.54 | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf | 10 |
| 18 | 5-894.04 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf | 10 |
| 19 | 8-190.23 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Mehr als 21 Tage | 9 |
| 20 | 5-896.1f | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel | 9 |
| 21 | 5-916.24 | Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf | 9 |
| 22 | 5-903.04 | Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf | 9 |
| 23 | 5-896.1e | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie | 9 |
| 24 | 5-983 | Reoperation | 7 |
| 25 | 8-190.22 | Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage | 7 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 26 | 5-895.14 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf | 7 |
| 27 | 5-895.54 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf | 7 |
| 28 | 5-984 | Mikrochirurgische Technik | 7 |
| 29 | 5-911.0b | Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Bauchregion | 7 |
| 30 | 5-902.4a | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Brustwand und Rücken | 6 |

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|---|----------|
| 1 | 5-916 | Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz | 279 |
| 2 | 5-869 | Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken | 248 |
| 3 | 8-190 | Spezielle Verbandstechnik | 69 |
| 4 | 5-903 | Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal | 64 |
| 5 | 5-857 | Wiederherstellende Operation durch Verschiebung körpereigener Haut- oder Fettlappen, die an Muskeln bzw. deren Bindegewebshüllen befestigt sind | 54 |
| 6 | 5-343 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Brustwand | 46 |
| 7 | 5-895 | Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut | 44 |
| 8 | 5-894 | Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut | 33 |
| 9 | 5-896 | Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut | 30 |
| 10 | 5-349 | Sonstige Operation am Brustkorb | 24 |

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | SPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. LANG |
| | Privatambulanz |

B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[9].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 5-097 | Lidstraffung | < 4 |
| 2 | 1-502 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt | < 4 |

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten 40

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|---|------|--------|------------|-----------------|-------|----------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 4,42 | 4,42 | 0 | 0 ¹⁾ | 4,42 | 37,8 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 4 | 4 | 0 | 0 ²⁾ | 4 | 41,8 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|--|
| 1 | Plastische und Ästhetische Chirurgie |
| 2 | Allgemeinmedizin |

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[9].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|--------------------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 3,09 ¹⁾ | 3,09 | 0 | 0 ²⁾ | 3,09 | 54,0 |

¹⁾ Das Pflegepersonal für die Klinik für Plastische Chirurgie ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

²⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| | ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE |
|---|---|
| 1 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 2 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| | ZUSATZQUALIFIKATIONEN |
|---|--|
| 1 | Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW |

B-[9].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|

B-[10] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe-/index.html |

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|---|
| 1 | (2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe |

B-[10].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Dr. med. Thomas Martin, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Telefon: | 06078 79 2601 |
| Fax: | 06078 79 1816 |
| E-Mail: | frauenklinik@kreiskliniken-dadi.de |

B-[10].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe-/index.html |

B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Geburtshilfliche Operationen |
| 2 | Gynäkologische Chirurgie |
| 3 | Gynäkologische Endokrinologie |
| 4 | Inkontinenzchirurgie |
| 5 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie |
| 6 | Pränataldiagnostik und -therapie |
| 7 | Urogynäkologie |
| 8 | Endoskopische Operationen |
| 9 | Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes |
| 10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse |
| 11 | Betreuung von Risikoschwangerschaften |
| 12 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren |
| 13 | Ambulante Entbindung |
| 14 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 15 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes |
| 16 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 17 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane |

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1724

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|--|----------|
| 1 | Z38.0 | Einling, Geburt im Krankenhaus | 430 |
| 2 | N83.2 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten | 47 |
| 3 | O20.0 | Drohender Abort | 45 |
| 4 | O48 | Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht | 34 |
| 5 | R10.3 | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches | 32 |
| 6 | N39.3 | Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] | 30 |
| 7 | O34.2 | Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff | 30 |
| 8 | O21.0 | Leichte Hyperemesis gravidarum | 29 |
| 9 | D25.1 | Intramurales Leiomyom des Uterus | 28 |
| 10 | O69.1 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur | 27 |
| 11 | O02.1 | Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt] | 22 |
| 12 | O65.4 | Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fet und Becken, nicht näher bezeichnet | 22 |
| 13 | O70.1 | Dammriss 2. Grades unter der Geburt | 21 |
| 14 | D25.9 | Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet | 21 |
| 15 | O26.81 | Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden | 19 |
| 16 | O60.0 | Vorzeitige Wehen ohne Entbindung | 19 |
| 17 | N76.4 | Abszess der Vulva | 18 |
| 18 | O68.0 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz | 18 |
| 19 | N92.0 | Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus | 18 |
| 20 | N61 | Entzündung der Brustdrüse | 17 |
| 21 | N81.2 | Partialprolaps des Uterus und der Vagina | 17 |
| 22 | D27 | Gutartiger Eierstocktumor | 17 |
| 23 | C54.1 | Bösartige Neubildung: Endometrium | 16 |
| 24 | O00.1 | Tubargravidität | 16 |
| 25 | D25.0 | Submuköses Leiomyom des Uterus | 14 |
| 26 | O68.1 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser | 13 |
| 27 | N80.0 | Endometriose des Uterus | 13 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 28 | C50.8 | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend | 13 |
| 29 | O41.0 | Oligohydramnion | 13 |
| 30 | N83.0 | Follikelzyste des Ovars | 12 |

B-[10].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-----|-------------|----------|
| 1 | Z38 | Neugeborene | 430 |

B-[10].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 1 | Z38.0 | Einling, Geburt im Krankenhaus | 430 |
| 2 | N83.2 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten | 47 |
| 3 | O20.0 | Drohender Abort | 45 |
| 4 | O48 | Übertragene Schwangerschaft | 34 |
| 5 | R10.3 | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches | 32 |
| 6 | N39.3 | Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] | 30 |
| 7 | O34.2 | Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff | 30 |
| 8 | O21.0 | Leichte Hyperemesis gravidarum | 29 |
| 9 | D25.1 | Intramurales Leiomyom des Uterus | 28 |
| 10 | O69.1 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur | 27 |
| 11 | O65.4 | Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet | 22 |
| 12 | O02.1 | Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt] | 22 |
| 13 | D25.9 | Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet | 21 |
| 14 | O70.1 | Dammriss 2. Grades unter der Geburt | 21 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|---|-------------|
| 15 | O60.0 | Vorzeitige Wehen ohne Entbindung | 19 |
| 16 | O26.8 | Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft | 19 |
| 17 | N92.0 | Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus | 18 |
| 18 | N76.4 | Abszess der Vulva | 18 |
| 19 | O68.0 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz | 18 |
| 20 | N61 | Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] | 17 |
| 21 | D27 | Gutartige Neubildung des Ovars | 17 |
| 22 | N81.2 | Partialprolaps des Uterus und der Vagina | 17 |
| 23 | C54.1 | Bösartige Neubildung: Endometrium | 16 |
| 24 | O00.1 | Tubargravidität | 16 |
| 25 | D25.0 | Submuköses Leiomyom des Uterus | 14 |
| 26 | N80.0 | Endometriose des Uterus | 13 |
| 27 | O34.3 | Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps | 13 |
| 28 | C50.8 | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend | 13 |
| 29 | O41.0 | Oligohydramnion | 13 |
| 30 | O68.1 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser | 13 |

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|---------|---|----------|
| 1 | 9-262.0 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung | 416 |
| 2 | 1-208.8 | Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen | 334 |
| 3 | 9-260 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt | 222 |
| 4 | 3-05d | Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane | 207 |
| 5 | 5-730 | Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie] | 116 |
| 6 | 1-208.0 | Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch (AEP) | 103 |
| 7 | 5-740.1 | Klassische Sectio caesarea: Sekundär | 91 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 8 | 5-740.0 | Klassische Sectio caesarea: Primär | 85 |
| 9 | 8-910 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie | 80 |
| 10 | 1-471.2 | Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage | 70 |
| 11 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | 67 |
| 12 | 5-758.3 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva | 61 |
| 13 | 5-651.92 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch) | 61 |
| 14 | 9-261 | Überwachung und Leitung einer Risikogeburt | 60 |
| 15 | 5-749.0 | Andere Sectio caesarea: Resectio | 59 |
| 16 | 5-758.4 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva | 56 |
| 17 | 5-661.62 | Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch) | 52 |
| 18 | 5-738.0 | Episiotomie und Naht: Episiotomie | 40 |
| 19 | 5-983 | Reoperation | 39 |
| 20 | 9-262.1 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes) | 38 |
| 21 | 5-690.0 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation | 37 |
| 22 | 5-758.2 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina | 37 |
| 23 | 5-683.01 | Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal | 35 |
| 24 | 5-593.20 | Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O) | 35 |
| 25 | 5-681.4 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation | 34 |
| 26 | 5-704.10 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material | 33 |
| 27 | 5-657.62 | Adhäsilyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch) | 28 |
| 28 | 5-469.21 | Andere Operationen am Darm: Adhäsilyse: Laparoskopisch | 28 |
| 29 | 5-683.03 | Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Endoskopisch (laparoskopisch) | 27 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 30 | 5-704.00 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material | 26 |

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 1 | 9-262 | Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt | 454 |
| 2 | 9-260 | Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt | 222 |
| 3 | 5-740 | Klassischer Kaiserschnitt | 176 |
| 4 | 5-704 | Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide | 92 |
| 5 | 5-661 | Operative Entfernung eines Eileiters | 90 |
| 6 | 5-683 | Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter | 85 |
| 7 | 5-690 | Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung | 70 |
| 8 | 5-651 | Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks | 67 |
| 9 | 5-593 | Operation zur Anhebung des Blasenhalses bei Blasenschwäche mit Zugang durch die Scheide | 35 |
| 10 | 5-682 | Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter | 26 |

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V |
| | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |
| 2 | NOTFALLAMBULANZ (24H) |
| | Notfallambulanz (24h) |
| 3 | PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR.MED. MARTIN |
| | Privatambulanz |

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[10].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|--|----------|
| 1 | 1-672 | Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung | 175 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 2 | 1-471 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt | 161 |
| 3 | 5-690 | Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung | 111 |
| 4 | 5-663 | Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters - Sterilisationsoperation bei der Frau | 32 |
| 5 | 5-751 | Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft | 32 |
| 6 | 1-694 | Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung | 16 |
| 7 | 5-711 | Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse) | 11 |
| 8 | 5-681 | Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter | 9 |
| 9 | 5-691 | Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter | 9 |
| 10 | 5-657 | Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung | 5 |

B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 13,5 | 13,5 | 0 | 0 ¹⁾ | 13,5 | 127,7 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 6,5 | 6,5 | 0 | 0 ²⁾ | 6,5 | 265,2 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) | |
|---|----------------------------------|
| 1 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[10].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 23,45 | 23,45 | 0 | 0 ¹⁾ | 23,45 | 73,5 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1724,0 |
| Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres | 11 | | | | | 156,7 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ Der Kreißsaal wird durch niedergelassene Beleghebammen betreut.

B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|---|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 2 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 3 | Praxisanleitung |

B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| ZUSATZQUALIFIKATIONEN | |
|-----------------------|-------------|
| 1 | Kinästhetik |

B-[10].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|------------|

B-[11] Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)

B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie) |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 7 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.psychiatrie-umstadt.de/ |

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1 | (2900) Allgemeine Psychiatrie |

B-[11].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Prof. Dr. med. Thomas Wobrock, Chefarzt im Zentrum für Seelische Gesundheit |
| Telefon: | 06078 79 2901 |
| Fax: | 6078 79 1836 |
| E-Mail: | t.wobrock@kreiskliniken-dadi.de |

B-[11].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 7 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.psychiatrie-umstadt.de/ |

B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Ja

B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |
| 2 | Psychiatrische Tagesklinik |
| 3 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen |
| 4 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| 5 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |
| 7 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| 8 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| 9 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| 10 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |

B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Angaben zur Barrierefreiheit sind unter Kapitel A-7 für das gesamte Krankenhaus gelistet.

B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl: | 1146 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | F33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | 230 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|--|----------|
| 2 | F10.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom | 180 |
| 3 | F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 136 |
| 4 | F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 92 |
| 5 | F05.1 | Delir bei Demenz | 54 |
| 6 | F43.2 | Anpassungsstörungen | 53 |
| 7 | F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 40 |
| 8 | F43.0 | Akute Belastungsreaktion | 38 |
| 9 | F60.31 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ | 32 |
| 10 | F33.3 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen | 18 |
| 11 | F12.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom | 18 |
| 12 | F31.4 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 16 |
| 13 | F19.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom | 13 |
| 14 | F11.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom | 12 |
| 15 | F10.4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir | 10 |
| 16 | F41.2 | Angst und depressive Störung, gemischt | 9 |
| 17 | F20.1 | Hebephrene Schizophrenie | 9 |
| 18 | F23.1 | Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie | 9 |
| 19 | F41.0 | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] | 9 |
| 20 | F32.3 | Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen | 8 |
| 21 | F06.2 | Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung | 7 |
| 22 | F06.3 | Organische affektive Störungen | 7 |
| 23 | F25.2 | Gemischte schizoaffektive Störung | 7 |
| 24 | F61 | Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens | 6 |
| 25 | F31.6 | Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode | 6 |
| 26 | F33.1 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode | 6 |
| 27 | F60.30 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ | 6 |
| 28 | F43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung | 6 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 29 | F10.3 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom | 6 |
| 30 | F23.0 | Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie | 5 |

B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-----|--|----------|
| 1 | F33 | Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit | 255 |

B-[11].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 1 | F33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | 230 |
| 2 | F10.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom | 180 |
| 3 | F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 136 |
| 4 | F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 92 |
| 5 | F05.1 | Delir bei Demenz | 54 |
| 6 | F43.2 | Anpassungsstörungen | 53 |
| 7 | F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 40 |
| 8 | F60.3 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | 38 |
| 9 | F43.0 | Akute Belastungsreaktion | 38 |
| 10 | F12.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom | 18 |
| 11 | F33.3 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen | 18 |
| 12 | F31.4 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 16 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 13 | F19.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom | 13 |
| 14 | F11.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom | 12 |
| 15 | F10.4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir | 10 |
| 16 | F41.0 | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] | 9 |
| 17 | F20.1 | Hebephrene Schizophrenie | 9 |
| 18 | F23.1 | Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie | 9 |
| 19 | F41.2 | Angst und depressive Störung, gemischt | 9 |
| 20 | F32.3 | Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen | 8 |
| 21 | F25.2 | Gemischte schizoaffektive Störung | 7 |
| 22 | F06.3 | Organische affektive Störungen | 7 |
| 23 | F06.2 | Organische wahnhaft [schizophreniforme] Störung | 7 |
| 24 | F33.1 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode | 6 |
| 25 | F10.3 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom | 6 |
| 26 | F43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung | 6 |
| 27 | F61 | Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen | 6 |
| 28 | F31.6 | Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode | 6 |
| 29 | F23.0 | Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie | 5 |
| 30 | F10.1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch | 5 |

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 1 | 9-649.80 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche | 1550 |
| 2 | 9-649.40 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche | 1352 |
| 3 | 9-649.10 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche | 1019 |
| 4 | 9-607 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | 958 |
| 5 | 9-649.60 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche | 892 |
| 6 | 9-980.0 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A1 (Regelbehandlung) | 737 |
| 7 | 9-649.61 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche | 688 |
| 8 | 9-649.81 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche | 668 |
| 9 | 9-649.30 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche | 487 |
| 10 | 9-649.11 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche | 443 |
| 11 | 9-649.70 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 1 Therapieeinheit pro Woche | 434 |
| 12 | 9-649.50 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche | 409 |
| 13 | 9-649.62 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche | 351 |
| 14 | 9-649.51 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche | 334 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 15 | 9-649.12 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche | 301 |
| 16 | 9-981.1 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke: Behandlungsbereich S2 (Intensivbehandlung) | 291 |
| 17 | 9-980.1 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A2 (Intensivbehandlung) | 287 |
| 18 | 9-649.82 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche | 265 |
| 19 | 9-617 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal | 263 |
| 20 | 9-649.31 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche | 242 |
| 21 | 9-649.0 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche | 214 |
| 22 | 9-649.7r | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 24 Therapieeinheiten pro Woche | 213 |
| 23 | 9-981.0 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke: Behandlungsbereich S1 (Regelbehandlung) | 198 |
| 24 | 9-649.63 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche | 164 |
| 25 | 9-649.71 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 2 Therapieeinheiten pro Woche | 163 |
| 26 | 9-649.13 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche | 154 |
| 27 | 9-618 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen | 145 |
| 28 | 9-649.52 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche | 144 |
| 29 | 9-619 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen | 132 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 30 | 9-649.53 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche | 115 |

B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 1 | 9-980 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie | 1025 |
| 2 | 9-607 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | 958 |
| 3 | 9-981 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke | 489 |
| 4 | 9-617 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal | 263 |
| 5 | 9-647 | Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen | 169 |
| 6 | 9-982 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Psychiatrie für ältere Menschen | 169 |
| 7 | 9-618 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen | 145 |
| 8 | 9-619 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen | 132 |
| 9 | 8-632 | Wiederholendes Anregen des Gehirns durch Magnetfelder durch den Schädelknochen | 100 |
| 10 | 8-630 | Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen - Elektrokrampftherapie | 88 |

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--|
| 1 | PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT PROF. DR. MED. WOBROCK |
| | Privatambulanz |
| 2 | PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ NACH § 118 SGB V |
| | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V |

B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 17,25 | 17,25 | 0 | 0 ¹⁾ | 17,25 | 66,4 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 5 | 5 | 0 | 0 ²⁾ | 5 | 229,2 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|---|
| 1 | Psychiatrie und Psychotherapie |
| 2 | Psychosomatische Medizin und Psychotherapie |
| 3 | Allgemeinmedizin |
| 4 | Neurologie |

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|-----------------------------------|
| 1 | Spezielle Schmerztherapie |
| 2 | Suchtmedizinische Grundversorgung |

B-[11].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 53,7 | 53,7 | 0 | 0 ¹⁾ | 53,7 | 21,3 |
| Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | 6,32 | 6,32 | 0 | 0 ²⁾ | 6,32 | 181,3 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| | ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE |
|---|---|
| 1 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie |
| 2 | Master |
| 3 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 4 | Diplom |
| 5 | Hygienebeauftragte in der Pflege |
| 6 | Praxisanleitung |

B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| | ZUSATZQUALIFIKATIONEN |
|---|--|
| 1 | Deeskalationstraining z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie |
| 2 | Qualitätsmanagement |

B-[11].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen | 3,3 | 3,3 | 0 | 0 ¹⁾ | 3,3 | 347,3 |

| | | | | | | |
|--|------|------|---|-----------------|------|-------|
| Ergotherapeuten | 2,85 | 2,85 | 0 | 0 ²⁾ | 2,85 | 402,1 |
| Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten | 2,33 | 2,33 | 0 | 0 ³⁾ | 2,33 | 491,8 |
| Sozialarbeiter, Sozialpädagogen | 4,6 | 4,6 | 0 | 0 ⁴⁾ | 4,6 | 249,1 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

³⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁴⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[12] Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| Straße: | Steinstr. |
| Hausnummer: | 5 |
| PLZ: | 64807 |
| Ort: | Dieburg |
| URL: | http://www.psychiatrie-umstadt.de/ |

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|--|
| 1 | (2960) Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze) |

B-[12].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

| | |
|----------------|--|
| Name/Funktion: | Prof. Dr. med. Thomas Wobrock, Chefarzt im Zentrum für Seelische Gesundheit |
| Telefon: | 06071 6184510 |
| Fax: | 06071 6184540 |
| E-Mail: | j.zagler@kreiskliniken-dadi.de |

B-[12].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Steinstr. 5 |
| PLZ/Ort: | 64807 Dieburg |
| URL: | http://www.psychiatrie-umstadt.de/ |

B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V: | Ja |
|--|----|

B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE |
|----|---|
| 1 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |
| 2 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| 3 | Psychiatrische Tagesklinik |
| 4 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen |
| 5 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen |
| 6 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen |
| 7 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| 8 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen |
| 10 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen |
| 11 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren |

B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 173 |

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu, da hier nur vollstationäre Fälle berücksichtigt werden (siehe hierzu die Ausfüllhinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses).

B-[12].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[12].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 1 | 9-649.80 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche | 505 |
| 2 | 9-649.40 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche | 425 |
| 3 | 9-649.20 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche | 242 |
| 4 | 9-649.61 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche | 230 |
| 5 | 9-649.81 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche | 215 |
| 6 | 9-649.62 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche | 208 |
| 7 | 9-649.10 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche | 194 |
| 8 | 9-649.31 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche | 173 |
| 9 | 9-980.5 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A6 (Tagesklinische Behandlung) | 171 |
| 10 | 9-649.51 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche | 157 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 11 | 9-607 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | 157 |
| 12 | 9-649.60 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche | 143 |
| 13 | 9-649.30 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche | 133 |
| 14 | 9-649.70 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 1 Therapieeinheit pro Woche | 130 |
| 15 | 9-649.71 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 2 Therapieeinheiten pro Woche | 113 |
| 16 | 9-980.0 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A1 (Regelbehandlung) | 112 |
| 17 | 9-649.11 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche | 108 |
| 18 | 9-649.63 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche | 108 |
| 19 | 9-649.50 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche | 93 |
| 20 | 9-649.32 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche | 47 |
| 21 | 9-649.12 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche | 45 |
| 22 | 9-649.64 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche | 36 |
| 23 | 9-649.0 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche | 33 |
| 24 | 9-649.82 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche | 32 |
| 25 | 9-649.53 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche | 30 |
| 26 | 9-649.72 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 3 Therapieeinheiten pro Woche | 28 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 27 | 9-649.52 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche | 25 |
| 28 | 9-649.33 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche | 25 |
| 29 | 9-649.13 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche | 21 |
| 30 | 9-649.57 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche | 20 |

B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 1 | 9-649 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen | 3620 |
| 2 | 9-980 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie | 283 |
| 3 | 9-607 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | 157 |
| 4 | 1-207 | Messung der Gehirnströme - EEG | 12 |
| 5 | 1-206 | Untersuchung der Nervenleitung - ENG | 4 |
| 6 | 9-982 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Psychiatrie für ältere Menschen | < 4 |
| 7 | 9-981 | Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke | < 4 |
| 8 | 5-377 | Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator) | < 4 |
| 9 | 1-440 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung | < 4 |
| 10 | 9-647 | Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen | < 4 |

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS durchgeführt

B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 40 |
|--|----|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|---|------|--------|------------|-----------------|-------|----------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 2,08 | 2,08 | 0 | 0 ¹⁾ | 2,08 | 0,0 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 2 | 2 | 0 | 0 ²⁾ | 2 | 0,0 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|--|
| 1 | Psychiatrie und Psychotherapie |

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|-----------------------------------|
| 1 | Suchtmedizinische Grundversorgung |

B-[12].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 4,15 | 4,15 | 0 | 0 ¹⁾ | 4,15 | 0,0 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| | ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE |
|---|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 2 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie |

B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| | ZUSATZQUALIFIKATIONEN |
|---|--|
| 1 | Deeskalationstraining z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie |

B-[12].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Das therapeutische Personal der Tagesklinik wird aus dem Gesamtpool des Personals des Zentrums für Seelische Gesundheit gestellt.

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|

B-[13] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--|---|
| Abteilungsart: | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-anaesthesie-und-intensivmedizin/index.html |

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|------------------------|
| 1 | (3600) Intensivmedizin |

B-[13].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med. Andreas Jalowy, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin |
| Telefon: | 06078 79 2701 |
| Fax: | 06078 79 1825 |
| E-Mail: | anaesthesie@kreiskliniken-dadi.de |

B-[13].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-anaesthesie-und-intensivmedizin/index.html |

B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V: | Ja |
|--|----|

B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 1 | Intensivmedizin |
| 2 | Notfallmedizin |
| 3 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis |
| 4 | Schmerztherapie |
| 5 | Dialyse |
| | <i>Hämofiltration bei Intensivstationspatienten</i> |

B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 277 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|--|----------|
| 1 | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | 19 |
| 2 | I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | 17 |
| 3 | F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 13 |
| 4 | I48.0 | Vorhofflimmern, paroxysmal | 10 |
| 5 | I48.1 | Vorhofflimmern, persistierend | 10 |
| 6 | I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | 9 |
| 7 | N17.93 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 | 8 |
| 8 | J96.00 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] | 7 |
| 9 | R40.0 | Somnolenz | 7 |
| 10 | E86 | Flüssigkeitsmangel | 5 |
| 11 | F19.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 5 |
| 12 | A41.1 | Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken | 4 |
| 13 | I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand | 4 |
| 14 | A41.0 | Sepsis durch Staphylococcus aureus | 4 |
| 15 | I63.5 | Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien | 4 |

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|--------|--|----------|
| 16 | I26.0 | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale | 4 |
| 17 | I21.3 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation | 4 |
| 18 | K56.5 | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion | < 4 |
| 19 | S72.11 | Femurfraktur: Intertrochantär | < 4 |
| 20 | I20.0 | Instabile Angina pectoris | < 4 |
| 21 | J44.00 | Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes | < 4 |
| 22 | F10.4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir | < 4 |
| 23 | K80.00 | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | < 4 |
| 24 | G45.02 | Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden | < 4 |
| 25 | T43.2 | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva | < 4 |
| 26 | K25.5 | Ulcus ventriculi: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Perforation | < 4 |
| 27 | K55.0 | Akute Gefäßkrankheiten des Darmes | < 4 |
| 28 | E66.82 | Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr | < 4 |
| 29 | E87.1 | Hypoosmolalität und Hyponatriämie | < 4 |
| 30 | J18.9 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet | < 4 |

B-[13].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[13].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|---|------------|--|-------------|
| 1 | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | 19 |
| 2 | I50.1 | Linksherzinsuffizienz | 18 |
| 3 | F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 13 |
| 4 | I48.0 | Vorhofflimmern, paroxysmal | 10 |
| 5 | I48.1 | Vorhofflimmern, persistierend | 10 |
| 6 | I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | 9 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|--|-------------|
| 7 | N17.9 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet | 8 |
| 8 | R40.0 | Somnolenz | 7 |
| 9 | J96.0 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert | 7 |
| 10 | E86 | Volumenmangel | 5 |
| 11 | F19.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 5 |
| 12 | I62.0 | Subdurale Blutung (nichttraumatisch) | 4 |
| 13 | I21.3 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation | 4 |
| 14 | I63.5 | Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien | 4 |
| 15 | J44.0 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege | 4 |
| 16 | A41.1 | Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken | 4 |
| 17 | I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand | 4 |
| 18 | A41.0 | Sepsis durch Staphylococcus aureus | 4 |
| 19 | I26.0 | Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale | 4 |
| 20 | F10.4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir | < 4 |
| 21 | K80.0 | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis | < 4 |
| 22 | G45.0 | Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik | < 4 |
| 23 | K56.5 | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion | < 4 |
| 24 | S72.1 | Femurfraktur: Intertrochantär | < 4 |
| 25 | I20.0 | Instabile Angina pectoris | < 4 |
| 26 | T43.2 | Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva | < 4 |
| 27 | E66.8 | Sonstige Adipositas | < 4 |

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|----|------------|---|-------------|
| 28 | I61.3 | Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm | < 4 |
| 29 | G45.8 | Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome | < 4 |
| 30 | E87.1 | Hypoosmolalität und Hyponatriämie | < 4 |

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|--|----------|
| 1 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 973 |
| 2 | 8-980.0 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte | 552 |
| 3 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | 141 |
| 4 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 106 |
| 5 | 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie | 97 |
| 6 | 8-854.2 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation | 94 |
| 7 | 8-706 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung | 91 |
| 8 | 8-701 | Einfache endotracheale Intubation | 90 |
| 9 | 8-980.10 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte | 89 |
| 10 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 74 |
| 11 | 8-98b.01 | Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes | 73 |
| 12 | 8-83b.c6 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker | 71 |
| 13 | 8-98b.00 | Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes | 68 |
| 14 | 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | 61 |
| 15 | 8-83b.0b | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzungsfähigen Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung | 57 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 16 | 8-771 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation | 50 |
| 17 | 8-831.5 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation | 41 |
| 18 | 8-83b.00 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | 40 |
| 19 | 8-980.11 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte | 35 |
| 20 | 8-640.0 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion) | 35 |
| 21 | 8-831.2 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel | 32 |
| 22 | 8-980.20 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte | 28 |
| 23 | 1-620.00 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen | 24 |
| 24 | 1-620.01 | Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage | 24 |
| 25 | 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | 24 |
| 26 | 8-152.1 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle | 21 |
| 27 | 8-812.60 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE | 21 |
| 28 | 6-002.k3 | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 225 mg bis unter 300 mg | 20 |
| 29 | 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien | 20 |
| 30 | 6-002.k2 | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 150 mg bis unter 225 mg | 19 |

B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 8-930 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens | 973 |
| 2 | 8-980 | Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur) | 730 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 3 | 8-837 | Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße | 235 |
| 4 | 8-831 | Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist | 214 |
| 5 | 8-98b | Sonstige fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls | 157 |
| 6 | 8-854 | Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse | 146 |
| 7 | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger | 135 |
| 8 | 8-706 | Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung | 91 |
| 9 | 6-002 | Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs | 63 |
| 10 | 8-771 | Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung | 50 |

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|---|
| 1 | PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. JALOWY |
| | Privatambulanz |
| | <i>Vorbereitung auf Anästhesie und Operation; Schmerzbehandlung</i> |

B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[13].11 Personelle Ausstattung

B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | |
|---|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 40 |
|---|----|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 18,08 | 18,08 | 0 | 0 ¹⁾ | 18,08 | 15,3 |
| - davon Fachärzte und Fachärztinnen | 11,02 | 11,02 | 0 | 0 ²⁾ | 11,02 | 25,1 |

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) | |
|---|-----------------|
| 1 | Anästhesiologie |

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| ZUSATZ-WEITERBILDUNG | |
|----------------------|---------------------------|
| 1 | Intensivmedizin |
| 2 | Notfallmedizin |
| 3 | Spezielle Schmerztherapie |

B-[13].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 57,56 | 57,56 | 0 | 0 ¹⁾ | 57,56 | 4,8 |
| Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 13,45 | 13,45 | 0 | 0 ²⁾ | 13,45 | 20,6 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|---|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 2 | Intensivpflege und Anästhesie |
| 3 | Praxisanleitung |
| 4 | Hygienebeauftragte in der Pflege |

B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

| ZUSATZQUALIFIKATIONEN | |
|-----------------------|--------------------|
| 1 | Kinästhetik |
| 2 | Basale Stimulation |
| 3 | Bobath |

B-[13].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|
| | | | | | | |

B-[14] Belegklinik für HNO-Erkrankungen**B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

| | |
|---|---|
| Abteilungsart: | Belegabteilung |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Belegklinik für HNO-Erkrankungen |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/belegklinik-fuer-hno/index.html |

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| 1 | (2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |

B-[14].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Drs. med. Pascal Repp und Klaus Lehmann, Belegärzte der Belegklinik für HNO |
| Telefon: | 06078 71183 |
| Fax: | |
| E-Mail: | p.repp@kreiskliniken-dadi.de |

B-[14].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/belegklinik-fuer-hno/index.html |

B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V: | Ja |
|--|----|

B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen |
| 2 | Diagnostik und Therapie von Allergien |
| 3 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes |
| 4 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege |
| 5 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle |
| 6 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes |
| 7 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres |
| 8 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres |
| 9 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen |
| 10 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege |

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 11 | Schwindeldiagnostik/-therapie |

B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|----|
| Vollstationäre Fallzahl: | 75 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| | ICD | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|--|----------|
| 1 | J32.4 | Chronische Pansinusitis | 31 |
| 2 | J35.0 | Chronische Tonsillitis | 26 |
| 3 | J35.3 | Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel | 12 |
| 4 | J36 | Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln | < 4 |
| 5 | S02.2 | Nasenbeinfraktur | < 4 |
| 6 | J35.8 | Sonstige chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel | < 4 |
| 7 | J34.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen | < 4 |

B-[14].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[14].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

| | ICD-4-CODE | NAME | GESAMTSUMME |
|---|------------|--|-------------|
| 1 | J32.4 | Chronische Pansinusitis | 31 |
| 2 | J35.0 | Chronische Tonsillitis | 26 |
| 3 | J35.3 | Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel | 12 |
| 4 | J36 | Peritonsillarabszess | < 4 |
| 5 | S02.2 | Nasenbeinfraktur | < 4 |
| 6 | J35.8 | Sonstige chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel | < 4 |
| 7 | J34.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen | < 4 |

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|----------|---|----------|
| 1 | 5-282.0 | Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik | 40 |
| 2 | 5-224.63 | Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation) | 30 |
| 3 | 5-215.1 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden | 18 |
| 4 | 5-214.6 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion | 14 |
| 5 | 5-214.70 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik) | 14 |
| 6 | 5-215.3 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion | 12 |
| 7 | 5-200.4 | Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage | 9 |
| 8 | 5-200.5 | Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage | 6 |
| 9 | 5-281.1 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszess tonsillektomie | 2 |
| 10 | 5-194.0 | Myringoplastik [Tympoplastik Typ I]: Endaural | 2 |
| 11 | 5-285.0 | Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff | 2 |
| 12 | 5-214.0 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion | 2 |
| 13 | 5-215.2 | Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchektomie | 1 |
| 14 | 5-211.41 | Inzision der Nase: Durchtrennung von Synechien: Mit Einnähen von Septumstützfolien | 1 |
| 15 | 5-214.7x | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Sonstige | 1 |
| 16 | 5-224.6x | Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Sonstige | 1 |
| 17 | 5-214.4 | Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen | 1 |
| 18 | 5-217.0 | Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Nasensteg | 1 |
| 19 | 5-281.0 | Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik | 1 |

B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 1 | 5-282 | Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln | 40 |
| 2 | 5-214 | Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand | 32 |
| 3 | 5-215 | Operation an der unteren Nasenmuschel | 31 |
| 4 | 5-224 | Operation an mehreren Nasennebenhöhlen | 31 |
| 5 | 5-200 | Operativer Einschnitt in das Trommelfell | 15 |
| 6 | 5-281 | Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie | < 4 |
| 7 | 5-194 | Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I) | < 4 |
| 8 | 5-285 | Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln) | < 4 |
| 9 | 5-211 | Operativer Einschnitt in die Nase | < 4 |
| 10 | 5-217 | Operative Korrektur der äußeren Nase | < 4 |

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|--------------------------------|
| 1 | BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS |
| | Belegarztpraxis am Krankenhaus |

B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**B-[14].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 5-285 | Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln) | 14 |
| 2 | 5-215 | Operation an der unteren Nasenmuschel | 12 |
| 3 | 5-200 | Operativer Einschnitt in das Trommelfell | 11 |
| 4 | 5-194 | Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I) | < 4 |

**B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

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

| | |
|--------------------------|------|
| Stationäre BG-Zulassung: | Nein |
|--------------------------|------|

B-[14].11 Personelle Ausstattung**B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

| |
|---|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten |
|---|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|------|--------|---------|------|-------|----------------|
| Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) | 2 | | | | | 37,5 |

B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|---|
| 1 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

| | ZUSATZ-WEITERBILDUNG |
|---|----------------------|
| 1 | Allergologie |

B-[14].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|

¹⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

²⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

³⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

⁴⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

⁵⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

⁶⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

⁷⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE | |
|---|---|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten <i>Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen</i> |

B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[14].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|-------------|

B-[15] Klinik für Radiologie

B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---|---|
| Abteilungsart: | Nicht-Bettenführend |
| Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung: | Klinik für Radiologie |
| Straße: | Krankenhausstr. |
| Hausnummer: | 11 |
| PLZ: | 64823 |
| Ort: | Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-radiologie/index.html |

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL | |
|-------------------------|-------------------|
| 1 | (3751) Radiologie |

B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

| | |
|----------------|---|
| Name/Funktion: | Dr. med Cornelia Thieme, Chefärztin der Klinik für Radiologie |
| Telefon: | 06078 79 2801 |
| Fax: | 06078 79 1818 |
| E-Mail: | c.thieme@kreiskliniken-dadi.de |

B-[15].1.3 Weitere Zugänge

| | |
|----------|---|
| Adresse: | Krankenhausstr. 11 |
| PLZ/Ort: | 64823 Groß-Umstadt |
| URL: | http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-und-pflege/klinik-fuer-radiologie/index.html |

B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| | |
|--|----|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V: | Ja |
|--|----|

B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|--|
| 1 | Konventionelle Röntgenaufnahmen |
| 2 | Computertomographie (CT), nativ |
| 3 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel |
| 4 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren |
| 5 | Arteriographie |
| 6 | Phlebographie |
| 7 | Lymphographie |
| 8 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ |
| 9 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel |
| 10 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren |

| MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE | |
|--------------------------------|---|
| 11 | Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) |
| 12 | Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung |
| 13 | Native Sonographie |
| 14 | Eindimensionale Dopplersonographie |
| 15 | Duplexsonographie |
| 16 | Sonographie mit Kontrastmittel |
| 17 | Endosonographie |
| 18 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 19 | Intraoperative Anwendung der Verfahren |

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|--------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl: | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl: | 0 |

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt da keine bettenführende Abteilung

B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[15].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 908 |
| 2 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 303 |
| 3 | 3-802 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 236 |
| 4 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | 226 |
| 5 | 3-202 | Native Computertomographie des Thorax | 180 |
| 6 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 174 |
| 7 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 171 |
| 8 | 3-220 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel | 53 |
| 9 | 3-203 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 49 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|---------|---|----------|
| 10 | 3-206 | Native Computertomographie des Beckens | 41 |
| 11 | 3-820 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel | 38 |
| 12 | 3-804 | Native Magnetresonanztomographie des Abdomens | 33 |
| 13 | 3-205 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems | 24 |
| 14 | 3-805 | Native Magnetresonanztomographie des Beckens | 24 |
| 15 | 3-806 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems | 22 |
| 16 | 3-825 | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 20 |
| 17 | 3-823 | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel | 15 |
| 18 | 3-843.0 | Magnetresonanztomographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung | 12 |
| 19 | 3-82a | Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel | 11 |
| 20 | 3-803.x | Native Magnetresonanztomographie des Herzens: Sonstige | 8 |
| 21 | 3-803.2 | Native Magnetresonanztomographie des Herzens: Unter pharmakologischer Belastung | 7 |
| 22 | 3-20x | Andere native Computertomographie | 6 |
| 23 | 3-84x | Andere Magnetresonanztomographie-Spezialverfahren | 6 |
| 24 | 3-824.2 | Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: Unter pharmakologischer Belastung | 5 |
| 25 | 3-826 | Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel | 5 |
| 26 | 3-803.0 | Native Magnetresonanztomographie des Herzens: In Ruhe | 5 |
| 27 | 3-226 | Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel | 5 |
| 28 | 3-82x | Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel | 4 |
| 29 | 3-80x | Andere native Magnetresonanztomographie | 3 |
| 30 | 3-828 | Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel | 3 |

B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|---|-------|---|----------|
| 1 | 3-200 | Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel | 908 |
| 2 | 3-225 | Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel | 303 |

| | OPS | BEZEICHNUNG | FALLZAHL |
|----|-------|--|----------|
| 3 | 3-202 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel | 180 |
| 4 | 3-222 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel | 174 |
| 5 | 3-207 | Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel | 171 |
| 6 | 3-220 | Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel | 53 |
| 7 | 3-203 | Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel | 49 |
| 8 | 3-206 | Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel | 41 |
| 9 | 3-205 | Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel | 24 |
| 10 | 3-20x | Sonstige Computertomographie (CT) ohne Kontrastmittel | 6 |

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|-----------------------|
| 1 | NOTFALLAMBULANZ (24H) |
| | Notfallambulanz (24h) |

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | |
|---|----|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 40 |
|---|----|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen) | 1,6 | 1,6 | 0 | 0 ¹⁾ | 1,6 | 0,0 |

- davon Fachärzte und Fachärztinnen 1,6 1,6 0 0²⁾ 1,6 0,0

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| | FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN) |
|---|---|
| 1 | Radiologie |

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[15].11.2 Pflegepersonal

| | |
|---|------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | 38,5 |
|---|------|

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|--|-------|--------|---------|-----------------|-------|----------------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 16,31 | 16,31 | 0 | 0 ¹⁾ | 16,31 | 0,0 |
| Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | 16,31 | 16,31 | 0 | 0 ²⁾ | 16,31 | 0,0 |

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

| | ANERKANNTEN FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE |
|---|--|
| 1 | Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten |
| 2 | Hygienebeauftragte in der Pflege |

B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[15].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

| PERSONAL | ANZ. | MIT BV | OHNE BV | AMB. | STAT. | FÄLLE/ ANZ. |
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|
|----------|------|--------|---------|------|-------|----------------|

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| | LEISTUNGSBEREICH | FALLZAHL | DOKUMENTATIONSRATE (%) |
|---|---|--|-------------------------------|
| 1 | Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1) | 115 | 95,8 |
| 2 | Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2) | 19 | 111,8 |
| 3 | Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3) | 10 | 83,3 |
| 4 | Implantierbare Defibrillatoren- Implantation (09/4) | 12 | 109,1 |
| 5 | Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel (09/5) | Anzahl Berichte mit Fallzahl- Datenschutz: 1 | Gesamtbericht mit Datenschutz |
| 6 | Implantierbare Defibrillatoren- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/6) | Anzahl Berichte mit Fallzahl- Datenschutz: 1 | Gesamtbericht mit Datenschutz |

| | LEISTUNGSBEREICH | FALLZAHL | DOKUMENTATIONSRATE (%) |
|----|--|----------|------------------------|
| 7 | Karotis- Revaskularisation (10/2) | 6 | 100 |
| 8 | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1) | 220 | 99,1 |
| 9 | Geburtshilfe (16/1) | 456 | 96,6 |
| 10 | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 90 | 103,4 |
| 11 | Mammachirurgie (18/ 1) | 24 | 82,8 |
| 12 | Dekubitusprophylaxe (DEK) | 273 | 104,2 |
| 13 | Hüftendoprothesenve (HEP) | 370 | 98,9 |
| 14 | Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 348 | 98 |
| 15 | Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE) | 22 | 110 |
| 16 | Knieendoprothesenve (KEP) | 443 | 99,3 |
| 17 | Knieendoprothesenve Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP) | 394 | 99,7 |
| 18 | Knieendoprothesenve Knieendoprothesenw und -komponentenwechse (KEP_WE) | 49 | 92,5 |
| 19 | Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 250 | 101,2 |

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

C-1.2.A.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Kreisklinik Groß-Umstadt"

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

| | | |
|--|--|--|
| 1 | Komplikationen während oder aufgrund der Operation | |
| | Kennzahl-ID | 1103 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,8 |
| | Referenzbereich | = 2,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,74 % - 0,87 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|---|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 2 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| Kennzahl-ID | 51191 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 1,07 |
| Referenzbereich | = 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 1,01 % - 1,13 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| 3 | Dauer der Operation |
|---|---------------------|
|---|---------------------|

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 52128 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|--|
|--|--|

| | |
|--------------------|-------------------|
| Ergebnis (Einheit) | 90,35 % |
| Vertrauensbereich | 83,54 % - 94,53 % |

| BUNDESERGEBNIS | |
|----------------|--|
|----------------|--|

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 86,95 |
| Referenzbereich | >= 60,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 86,71 % - 87,18 % |

| FALLZAHL | |
|----------|--|
|----------|--|

| | |
|------------------------|-----|
| Beobachtete Ereignisse | 103 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 114 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|--|
|--|--|

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| 4 | Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden |
|---|---|
|---|---|

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 52305 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|--|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 98 % |
| | Vertrauensbereich | 96,25 % - 98,95 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 95,5 |
| | Referenzbereich | >= 90,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 95,42 % - 95,57 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 442 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 451 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 5 | Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde | |
| | Kennzahl-ID | 52311 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|--|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 1,32 |
| | Referenzbereich | = 3,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 1,24 % - 1,4 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↑ verbessert |
| 6 | Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem | |
| | Kennzahl-ID | 54140 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|--|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| | Vertrauensbereich | 96,74 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 96,9 |
| | Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 96,77 % - 97,03 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 114 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 114 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 7 | Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte | |
| | Kennzahl-ID | 54143 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|---|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 3,26 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,84 |
| | Referenzbereich | = 10,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,77 % - 0,91 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 114 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 8 | Dauer der Operation bis 45 Minuten | |
| | Kennzahl-ID | 210 |
| | Leistungsbereich | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|--|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| | Vertrauensbereich | 83,2 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 94,62 |
| | Referenzbereich | >= 60,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 94,28 % - 94,93 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 19 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 19 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 9 | Komplikationen während oder aufgrund der Operation | |
| | Kennzahl-ID | 1096 |
| | Leistungsbereich | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| Vertrauensbereich | 0 % - 16,8 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,12 |
| Referenzbereich | = 1,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,08 % - 0,19 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 19 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| 10 | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 51398 |
| Leistungsbereich | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 |
| Vertrauensbereich | 0 % - 16,8 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,19 |
| Referenzbereich | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,14 % - 0,27 % |

| | |
|---|---|
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 19 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 11 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden | |
| Kennzahl-ID | 52307 |
| Leistungsbereich | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 94,6 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 97,03 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 96,91 % - 97,15 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 67 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 67 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | 📈 verbessert |

12 **Komplikationen während oder aufgrund der Operation**

| Kennzahl-ID | 1089 |
|--|--|
| Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| Vertrauensbereich | 0 % - 27,75 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,72 |
| Referenzbereich | = 2,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,58 % - 0,89 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 10 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|----|---|---|
| 13 | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 51404 |
| | Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 1,31 |
| | Referenzbereich | = 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 1,14 % - 1,52 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | - |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | - |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 14 | Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden | |
| | Kennzahl-ID | 52315 |
| | Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|---|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 39,03 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,98 |
| | Referenzbereich | = 3,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,78 % - 1,22 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 6 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 15 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers | | |
| | Kennzahl-ID | 50004 |
| | Leistungsbereich | Erstmalgiges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 91,67 % |
| Vertrauensbereich | 64,61 % - 98,51 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 94,42 |
| Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 94,15 % - 94,68 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 12 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | |
|----|---|
| 16 | Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers |
|----|---|

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 50005 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|--------------------------|
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 75,75 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 95,68 |
| Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 95,44 % - 95,91 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 12 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 12 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

17 **Komplikationen während oder aufgrund der Operation**

| Kennzahl-ID | 50017 |
|--|--|
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,63 |
| Referenzbereich | = 2,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,55 % - 0,73 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|----|---|---|
| 18 | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 51186 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 1,05 |
| | Referenzbereich | = 5,80 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,91 % - 1,22 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 0 |
| | Grundgesamtheit | 12 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|----|--|---|
| 19 | Dauer der Operation | |
| | Kennzahl-ID | 52129 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 83,33 % |
| | Vertrauensbereich | 55,2 % - 95,3 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 88,49 |
| | Referenzbereich | >= 60,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 88,11 % - 88,86 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 10 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 12 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 20 | Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden | |
| | Kennzahl-ID | 52316 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|---|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 97,5 % |
| | Vertrauensbereich | 87,12 % - 99,56 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 95,64 |
| | Referenzbereich | >= 90,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 95,51 % - 95,77 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 39 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 40 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 21 | Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde | |
| | Kennzahl-ID | 52325 |
| | Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|---|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 24,25 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,71 |
| | Referenzbereich | = 3,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,62 % - 0,82 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 12 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 22 | Dauer der Operation bis 60 Minuten | |
| | Kennzahl-ID | 50025 |
| | Leistungsbereich | Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden) |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|--|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 93,62 |
| Referenzbereich | >= 60,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 93,15 % - 94,06 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 23 Komplikationen während oder aufgrund der Operation | |
| Kennzahl-ID | 50030 |
| Leistungsbereich | Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden) |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,18 |
| Referenzbereich | = 1,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,12 % - 0,28 % |

| | |
|--|--|
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 24 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts | |
| Kennzahl-ID | 50031 |
| Leistungsbereich | Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden) |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,21 |
| Referenzbereich | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,14 % - 0,31 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|--|--|--|
| 25 | Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden | |
| Kennzahl-ID | 52321 | |
| Leistungsbereich | Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden) | |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p> | |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Ergebnis (Einheit) | 100 % | |
| Vertrauensbereich | 79,6 % - 100 % | |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | 98,24 | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Toleranzbereich) | |
| Vertrauensbereich | 98,13 % - 98,34 % | |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | 15 | |
| Erwartete Ereignisse | - | |
| Grundgesamtheit | 15 | |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |

| | | |
|----|--|--|
| 26 | Komplikationen während oder aufgrund der Operation | |
| | Kennzahl-ID | 50041 |
| | Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,96 |
| | Referenzbereich | = 2,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,78 % - 1,18 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |
| 27 | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 51196 |
| | Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|--|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,99 |
| | Referenzbereich | = 2,83 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,85 % - 1,15 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 28 | Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation | |
| | Kennzahl-ID | 52001 |
| | Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|---|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 3,43 |
| | Referenzbereich | = 6,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 3,26 % - 3,62 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 29 | Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation | |
| | Kennzahl-ID | 52002 |
| | Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |

| | | |
|--|--|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 20,39 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,58 |
| | Referenzbereich | = 2,52 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,51 % - 0,66 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 15 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 30 | Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden | |
| | Kennzahl-ID | 52324 |
| | Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,61 |
| | Referenzbereich | = 3,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,45 % - 0,82 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 31 | Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation | |
| | Kennzahl-ID | 52328 |
| | Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|--|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 20,39 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 3,43 |
| | Referenzbereich | = 8,58 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 3,25 % - 3,61 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 15 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 32 | Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit | |
| | Kennzahl-ID | 51437 |
| | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|---|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| | Vertrauensbereich | 51,01 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 97,63 |
| | Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 97,03 % - 98,11 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 4 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 4 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 33 | Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden | |
| | Kennzahl-ID | 51443 |
| | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |

| | |
|---|---|
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 99,41 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 98,95 % - 99,67 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |
| 34 | Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Kennzahl-ID | 51865 |
| Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | |
|---|--|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,89 |
| Referenzbereich | = 4,24 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,77 % - 1,04 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0 |
| Grundgesamtheit | 6 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|----|---|---|
| 35 | Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 51873 |
| | Leistungsbereich | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,9 |
| | Referenzbereich | = 2,89 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,79 % - 1,01 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 0 |
| | Grundgesamtheit | 6 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 36 | Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung |
| Kennzahl-ID | 612 |
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 92,59 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 91,03 |
| Referenzbereich | >= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 90,72 % - 91,33 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 48 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 48 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| 37 | Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung | |
|--|---|---|
| | Kennzahl-ID | 10211 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 21,53 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 11,51 |
| | Referenzbereich | = 20,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 11,03 % - 12,01 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 14 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |
| 38 | Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken | |
| | Kennzahl-ID | 12874 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|--|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 7,71 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 1,33 |
| | Referenzbereich | = 5,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 1,22 % - 1,45 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 46 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 39 | Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet | |
| | Kennzahl-ID | 51418 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| Vertrauensbereich | 0 % - 6,02 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,38 |
| Referenzbereich | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,33 % - 0,43 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 60 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | |
|----|---|
| 40 | Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
|----|---|

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 51906 |
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p> |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 0 |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,94 |
| Referenzbereich | = 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,88 % - 1,01 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0 |
| Grundgesamtheit | 181 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | |
|----|---|
| 41 | Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung |
|----|---|

| Kennzahl-ID | 51907 |
|---|---|
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| Vertrauensbereich | 0 % - 21,53 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 15,08 |
| Referenzbereich | = 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 14,54 % - 15,64 % |

| | |
|--|---|
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 14 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 42 Blasenkatheter länger als 24 Stunden | |
| Kennzahl-ID | 52283 |
| Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 3,12 |
| Referenzbereich | = 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 3,02 % - 3,23 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|---|---|
| 43 | Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren | |
| | Kennzahl-ID | 52535 |
| | Leistungsbereich | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 24,3 |
| | Referenzbereich | Sentinel-Event |
| | Vertrauensbereich | 20,33 % - 28,77 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | - |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | - |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 44 | Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten | |
| | Kennzahl-ID | 318 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|---|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 96,06 |
| | Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 95,82 % - 96,29 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | - |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | - |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 45 | Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) | |
| | Kennzahl-ID | 321 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0,86 % |

| BUNDESERGEBNIS | |
|--|---|
| Bundesdurchschnitt | 0,21 |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich | 0,2 % - 0,22 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 445 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 46 | Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung) | |
|--|--|---|
| | Kennzahl-ID | 330 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 96,26 |
| | Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 95,82 % - 96,66 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | - |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | - |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|--|---|--|
| 47 | Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten | |
| | Kennzahl-ID | 1058 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 48,99 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,32 |
| | Referenzbereich | Sentinel-Event |
| | Vertrauensbereich | 0,23 % - 0,45 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 4 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 48 | Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts | |
| | Kennzahl-ID | 50045 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |

| | | |
|---|---|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 99,42 % |
| | Vertrauensbereich | 96,8 % - 99,9 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 98,72 |
| | Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 98,67 % - 98,77 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 172 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 173 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 49 | Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 51181 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,99 |
| Referenzbereich | = 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,96 % - 1,01 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0 |
| Grundgesamtheit | 273 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|----|---|---|
| 50 | Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 51397 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 1,01 |
| | Referenzbereich | Nicht definiert |
| | Vertrauensbereich | 0,96 % - 1,06 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 0 |
| | Grundgesamtheit | 445 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|--|--|--|
| 51 | Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand | |
| | Kennzahl-ID | 51803 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,97 |
| | Referenzbereich | = 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,94 % - 0,99 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 0 |
| | Grundgesamtheit | 446 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 52 | Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 51831 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|--|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 1 |
| | Referenzbereich | = 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,9 % - 1,12 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 0 |
| | Grundgesamtheit | 6 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 53 | Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 52249 |
| | Leistungsbereich | Geburtshilfe |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | |
|---|---|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 1,3 |
| Vertrauensbereich | 1,15 % - 1,46 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,99 |
| Referenzbereich | = 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,98 % - 0,99 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 171 |
| Erwartete Ereignisse | 131,54 |
| Grundgesamtheit | 453 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ verschlechtert |
| KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | Umfangreiche Organisations- und Prozessanpassungen sind erfolgt. |

| | | |
|---|---|---|
| 54 | Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet | |
| | Kennzahl-ID | 54030 |
| | Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 12,94 % |
| | Vertrauensbereich | 7,38 % - 21,7 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 19,66 |
| | Referenzbereich | = 15,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 19,34 % - 19,98 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 11 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 85 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 55 | Vorbegende Gabe von Antibiotika | |
| | Kennzahl-ID | 54031 |
| | Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 95,68 % - 100 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 99,52 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 99,47 % - 99,58 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 85 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 85 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

56

Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54033 |
| Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 1,85 |
| Vertrauensbereich | 0,97 % - 3,22 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|---|
| Bundesdurchschnitt | 1 |
| Referenzbereich | = 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,98 % - 1,02 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|------|
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | 4,32 |
| Grundgesamtheit | 40 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

57 Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54036 |
| Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-----------|
| Ergebnis (Einheit) | 0 |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|---|
| Bundesdurchschnitt | 0,83 |
| Referenzbereich | = 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,76 % - 0,91 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0 |
| Grundgesamtheit | 85 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

58 Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54038 |
| Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 0 |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,92 |
| Referenzbereich | = 3,14 (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,83 % - 1,01 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0 |
| Grundgesamtheit | 85 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|--|---|--|
| 59 | Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund | |
| Kennzahl-ID | 54040 | |
| Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens | |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p> | |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0 % | |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | 0,87 | |
| Referenzbereich | = 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich) | |
| Vertrauensbereich | 0,81 % - 0,95 % | |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 | |
| Erwartete Ereignisse | 0 | |
| Grundgesamtheit | 85 | |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert | |

| | | |
|----|---|---|
| 60 | Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der Hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 54042 |
| | Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0,66 |
| | Vertrauensbereich | 0,26 % - 1,62 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,95 |
| | Referenzbereich | = 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,92 % - 0,98 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 4 |
| | Erwartete Ereignisse | 6,06 |
| | Grundgesamtheit | 85 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|--|---|
| 61 | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 54046 |
| | Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 1,16 |
| | Vertrauensbereich | 0,5 % - 2,56 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,98 |
| | Referenzbereich | = 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,94 % - 1,01 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 5 |
| | Erwartete Ereignisse | 4,31 |
| | Grundgesamtheit | 85 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|---|---|
| 62 | Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium | |
| | Kennzahl-ID | 2163 |
| | Leistungsbereich | Operation an der Brust |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,12 |
| | Referenzbereich | Sentinel-Event |
| | Vertrauensbereich | 0,06 % - 0,24 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | - |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | - |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 63 | Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust | |
| | Kennzahl-ID | 50719 |
| | Leistungsbereich | Operation an der Brust |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 10,34 |
| | Referenzbereich | = 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 9,53 % - 11,21 % |

| FALLZAHL | |
|--|--|
| Beobachtete Ereignisse | - |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | - |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

64 **Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage**

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 51370 |
| Leistungsbereich | Operation an der Brust |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|---|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--|
| Bundesdurchschnitt | 6,33 |
| Referenzbereich | = 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 6,14 % - 6,53 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---------------|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|----|---|---|
| 65 | Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung | |
| | Kennzahl-ID | 51846 |
| | Leistungsbereich | Operation an der Brust |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 83,33 % |
| | Vertrauensbereich | 55,2 % - 95,3 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 96,34 |
| | Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 96,21 % - 96,48 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 10 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 12 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |
| 66 | Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten | |
| | Kennzahl-ID | 51847 |
| | Leistungsbereich | Operation an der Brust |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 51,01 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 95,44 |
| Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 95,21 % - 95,66 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 4 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| 67 | Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 52268 |
| Leistungsbereich | Operation an der Brust |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies wird in dem Indikator "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden" berücksichtigt. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| Vertrauensbereich | 0 % - 25,88 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 13,62 |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich | 13,36 % - 13,89 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 11 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 68 | Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Kennzahl-ID | 52273 |
| Leistungsbereich | Operation an der Brust |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikators unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,99 |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich | 0,98 % - 1,01 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0 |
| Grundgesamtheit | 11 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | | |
|----|--|---|
| 69 | Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert) | |
| | Kennzahl-ID | 52279 |
| | Leistungsbereich | Operation an der Brust |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 90,71 |
| | Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 90,32 % - 91,08 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 70 | Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert) | |
| | Kennzahl-ID | 52330 |
| | Leistungsbereich | Operation an der Brust |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 98,52 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 98,34 % - 98,68 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | - |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | - |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

71

Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

| | |
|---|---------------------------------|
| Kennzahl-ID | 52009 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 0,8 |
| Vertrauensbereich | 0,58 % - 1,13 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 0,95 |
| Referenzbereich | = 1,95 (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,94 % - 0,96 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-------|
| Beobachtete Ereignisse | 34 |
| Erwartete Ereignisse | 42,5 |
| Grundgesamtheit | 11155 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

72 Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben

| | |
|---|---------------------------------|
| Kennzahl-ID | 52010 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|---|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-----------------|
| Bundesdurchschnitt | 0,01 |
| Referenzbereich | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,01 % - 0,01 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---------------|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | A42 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

73 Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54001 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-------------------|
| Ergebnis (Einheit) | 70,59 % |
| Vertrauensbereich | 53,83 % - 83,17 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 96,54 |
| Referenzbereich | >= 90,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 96,45 % - 96,63 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 24 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 34 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ⬇ verschlechtert |

74 Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54002 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 70,08 % - 100 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 93,02 |
| Referenzbereich | >= 86,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 92,71 % - 93,32 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 9 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

75

Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54003 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 8,57 % |
| Vertrauensbereich | 3,99 % - 17,47 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 17,46 |
| Referenzbereich | = 15,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 17,15 % - 17,78 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 70 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| 76 | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54004 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 86,79 % |
| Vertrauensbereich | 79,04 % - 91,97 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 92,87 |
| Referenzbereich | >= 80,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 92,75 % - 92,99 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 92 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 106 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| 77 Vorbeugende Gabe von Antibiotika | |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54005 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 96,74 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 99,79 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 99,77 % - 99,81 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 114 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 114 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|--|---|
| 78 | Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus | |
| | Kennzahl-ID | 54010 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 94,29 % |
| | Vertrauensbereich | 81,39 % - 98,42 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 97,98 |
| | Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 97,91 % - 98,04 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 33 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 35 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 79 | Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 54012 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 1,41 |
| Vertrauensbereich | 0,93 % - 2,05 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|---|
| Bundesdurchschnitt | 0,91 |
| Referenzbereich | = 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,89 % - 0,93 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-------|
| Beobachtete Ereignisse | 19 |
| Erwartete Ereignisse | 13,48 |
| Grundgesamtheit | 97 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

80 Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54013 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|---|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|-----------------|
| Bundesdurchschnitt | 0,2 |
| Referenzbereich | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich | 0,18 % - 0,22 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---------------|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

81 Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54015 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|------------------|
| Ergebnis (Einheit) | 11,43 % |
| Vertrauensbereich | 5,91 % - 20,96 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--|
| Bundesdurchschnitt | 11,53 |
| Referenzbereich | = 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 11,27 % - 11,79 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 70 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

82

Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54016 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|--|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 1,77 |
| Referenzbereich | = 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 1,71 % - 1,83 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| 83 | Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten | |
|----|---|--|
| | Kennzahl-ID | 54017 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierem Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierem Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 6,16 |
| | Referenzbereich | = 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 5,87 % - 6,46 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | |
|----|---|
| 84 | Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet |
|----|---|

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54018 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|-------------|
| Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| Vertrauensbereich | 0 % - 5,2 % |

| BUNDESERGEBNIS | |
|--------------------|--|
| Bundesdurchschnitt | 4,42 |
| Referenzbereich | = 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 4,26 % - 4,59 % |

| FALLZAHL | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 70 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 85 | Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen |
| Kennzahl-ID | 54019 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 2,37 |
| Referenzbereich | = 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 2,3 % - 2,44 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|---|--|
| 86 | Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten | |
| | Kennzahl-ID | 54120 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 10,19 |
| | Referenzbereich | = 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 9,83 % - 10,56 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 87 | Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks | |
| | Kennzahl-ID | 54020 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-------------------|
| Ergebnis (Einheit) | 87,5 % |
| Vertrauensbereich | 77,23 % - 93,53 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 97,43 |
| Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 97,34 % - 97,51 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 56 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 64 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ⬇ verschlechtert |

88 **Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks**

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54021 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|---|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 94,25 |
| Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 93,91 % - 94,57 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---------------|
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

89 Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

| | |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54022 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 91,02 |
| Referenzbereich | >= 86,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 90,6 % - 91,43 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|---|
| Beobachtete Ereignisse | - |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | - |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

90 Vorbeugende Gabe von Antibiotika

Kennzahl-ID 54023

Leistungsbereich Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-------------------|
| Ergebnis (Einheit) | 98,46 % |
| Vertrauensbereich | 91,79 % - 99,73 % |

| BUNDESERGEBNIS | |
|--|---|
| Bundesdurchschnitt | 99,75 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 99,73 % - 99,77 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 64 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 65 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| 91 | Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus | |
|----|---|---|
| | Kennzahl-ID | 54026 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 89,23 % |
| | Vertrauensbereich | 79,4 % - 94,68 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 92,03 |
| | Referenzbereich | >= 80,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 91,9 % - 92,16 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 58 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 65 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 92 | Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt |
| Kennzahl-ID | 54028 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,72 |
| Referenzbereich | = 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,67 % - 0,76 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0 |
| Grundgesamtheit | 59 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|--|---|
| 93 | Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme | |
| | Kennzahl-ID | 2005 |
| | Leistungsbereich | Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| | Vertrauensbereich | 98,49 % - 100 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 98,33 |
| | Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 98,28 % - 98,37 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 250 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 250 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 94 | Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme | |
| | Kennzahl-ID | 2009 |
| | Leistungsbereich | Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 98,42 % - 100 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 95,74 |
| Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 95,65 % - 95,82 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-----|
| Beobachtete Ereignisse | 240 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 240 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | |
|----|--|
| 95 | Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben |
| | Kennzahl-ID 2012 |
| | Leistungsbereich Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 93,36 % - 100 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 97,3 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 97,14 % - 97,45 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|----|
| Beobachtete Ereignisse | 54 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 54 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

96

Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 2013 |
| Leistungsbereich | Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-------------------|
| Ergebnis (Einheit) | 99,14 % |
| Vertrauensbereich | 95,28 % - 99,85 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 93,63 |
| Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 93,5 % - 93,76 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-----|
| Beobachtete Ereignisse | 115 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 116 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

97

Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 2028 |
| Leistungsbereich | Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

| | |
|--------------------|-----------------|
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 97,84 % - 100 % |

BUNDESERGEBNIS

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Bundesdurchschnitt | 95,88 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 95,79 % - 95,97 % |

FALLZAHL

| | |
|------------------------|-----|
| Beobachtete Ereignisse | 174 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 174 |

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

98

Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 50722 |
| Leistungsbereich | Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 98,47 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 96,32 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 96,25 % - 96,39 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 248 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 248 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| 99 | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
|----|---|---|
| | Kennzahl-ID | 50778 |
| | Leistungsbereich | Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p> |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 0,69 |
| Vertrauensbereich | 0,47 % - 1 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 1 |
| Referenzbereich | = 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,99 % - 1,01 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 24 |
| Erwartete Ereignisse | 34,78 |
| Grundgesamtheit | 250 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

C-1.2.A.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Kreisklinik Seeheim-Jugenheim 02"

C-1.2 A.2.1 Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

| 1 | Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet | |
|---|--|---|
| | Kennzahl-ID | 54030 |
| | Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 19,66 |
| Referenzbereich | = 15,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 19,34 % - 19,98 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 2 Vorbeugende Gabe von Antibiotika | |
| Kennzahl-ID | 54031 |
| Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 56,55 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 99,52 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 99,47 % - 99,58 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 5 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 3 Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| Kennzahl-ID | 54033 |
| Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 1 |
| Referenzbereich | = 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,98 % - 1,02 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|---|--|---|
| 4 | Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 54036 |
| | Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,83 |
| | Referenzbereich | = 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,76 % - 0,91 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 0 |
| | Grundgesamtheit | 5 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|--|---|--|
| 5 | Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| Kennzahl-ID | 54038 | |
| Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens | |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p> | |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 | |
| Vertrauensbereich | 0 % - 0 % | |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | 0,92 | |
| Referenzbereich | = 3,14 (Toleranzbereich) | |
| Vertrauensbereich | 0,83 % - 1,01 % | |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 | |
| Erwartete Ereignisse | 0 | |
| Grundgesamtheit | 5 | |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert | |

| | | |
|---|---|---|
| 6 | Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund | |
| | Kennzahl-ID | 54040 |
| | Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,87 |
| | Referenzbereich | = 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,81 % - 0,95 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 0 |
| | Grundgesamtheit | 5 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|---|---|---|
| 7 | Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 54042 |
| | Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,95 |
| | Referenzbereich | = 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,92 % - 0,98 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 0 |
| | Grundgesamtheit | 5 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|---|--|---|
| 8 | Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 54046 |
| | Leistungsbereich | Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 0 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,98 |
| | Referenzbereich | = 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,94 % - 1,01 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | 0 |
| | Grundgesamtheit | 5 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| | | |
|--|---|---|
| 9 | Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| Kennzahl-ID | | 52009 |
| Leistungsbereich | | Vorbeugung eines Druckgeschwürs |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| Ergebnis (Einheit) | | 0,23 |
| Vertrauensbereich | | 0,1 % - 0,54 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| Bundesdurchschnitt | | 0,95 |
| Referenzbereich | | = 1,95 (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | | 0,94 % - 0,96 % |
| FALLZAHL | | |
| Beobachtete Ereignisse | | 5 |
| Erwartete Ereignisse | | 21,74 |
| Grundgesamtheit | | 1541 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | | ↔ unverändert |

| | | |
|----|--|--|
| 10 | Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erworben | |
| | Kennzahl-ID | 52010 |
| | Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,01 |
| | Referenzbereich | Sentinel-Event |
| | Vertrauensbereich | 0,01 % - 0,01 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | A42 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | 📉 verschlechtert |
| 11 | Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks | |
| | Kennzahl-ID | 54001 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 97,03 % |
| | Vertrauensbereich | 94,01 % - 98,56 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 96,54 |
| | Referenzbereich | >= 90,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 96,45 % - 96,63 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 229 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 236 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |
| 12 | Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile | |
| | Kennzahl-ID | 54002 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|--|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 92,31 % |
| | Vertrauensbereich | 66,69 % - 98,63 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 93,02 |
| | Referenzbereich | >= 86,00 % (Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 92,71 % - 93,32 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 12 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 13 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |
| 13 | Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet | |
| | Kennzahl-ID | 54003 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| Vertrauensbereich | 0 % - 35,43 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 17,46 |
| Referenzbereich | = 15,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 17,15 % - 17,78 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 7 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| 14 | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54004 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 71,22 % |
| Vertrauensbereich | 64,68 % - 76,98 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 92,87 |
| Referenzbereich | >= 80,00 % (Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 92,75 % - 92,99 % |

| | |
|--|---|
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 146 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 205 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 15 Vorbeugende Gabe von Antibiotika | |
| Kennzahl-ID | 54005 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 100 % |
| Vertrauensbereich | 98,52 % - 100 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 99,79 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 99,77 % - 99,81 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 256 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 256 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|---|---|
| 16 | Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus | |
| | Kennzahl-ID | 54010 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 99,57 % |
| | Vertrauensbereich | 97,63 % - 99,92 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 97,98 |
| | Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 97,91 % - 98,04 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 234 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 235 |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|---|---|
| 17 | Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| | Kennzahl-ID | 54012 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 1,57 |
| | Vertrauensbereich | 0,67 % - 3,59 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,91 |
| | Referenzbereich | = 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 0,89 % - 0,93 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 5 |
| | Erwartete Ereignisse | 3,18 |
| | Grundgesamtheit | 225 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 18 | Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben | |
| | Kennzahl-ID | 54013 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|--|---|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 0,2 |
| | Referenzbereich | Sentinel-Event |
| | Vertrauensbereich | 0,18 % - 0,22 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 19 | Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet | |
| | Kennzahl-ID | 54015 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|---|--|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| | Vertrauensbereich | 0 % - 35,43 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 11,53 |
| | Referenzbereich | = 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 11,27 % - 11,79 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 0 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 7 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 20 | Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen | |
| | Kennzahl-ID | 54016 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 1,69 % |
| Vertrauensbereich | 0,66 % - 4,28 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 1,77 |
| Referenzbereich | = 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 1,71 % - 1,83 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 236 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| 21 | Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54017 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| Vertrauensbereich | 0 % - 22,81 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 6,16 |
| Referenzbereich | = 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 5,87 % - 6,46 % |

| FALLZAHL | |
|--|---|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 13 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

22 Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

| | |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 54018 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|--|
| Ergebnis (Einheit) | 0 % |
| Vertrauensbereich | 0 % - 35,43 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 4,42 |
| Referenzbereich | = 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 4,26 % - 4,59 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 7 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|--|--|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 23 | Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen |
| Kennzahl-ID | 54019 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 2,37 |
| Referenzbereich | = 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 2,3 % - 2,44 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

| | | |
|----|--|--|
| 24 | Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten | |
| | Kennzahl-ID | 54120 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | — |
| | Vertrauensbereich | — |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 10,19 |
| | Referenzbereich | = 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| | Vertrauensbereich | 9,83 % - 10,56 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| | Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| | QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 25 | Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks | |
| | Kennzahl-ID | 54020 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|--|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 92,21 % |
| | Vertrauensbereich | 88,67 % - 94,71 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 97,43 |
| | Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 97,34 % - 97,51 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 284 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 308 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |
| 26 | Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks | |
| | Kennzahl-ID | 54021 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|--|---|
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ . |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 71,43 % |
| | Vertrauensbereich | 50,04 % - 86,19 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 94,25 |
| | Referenzbereich | >= 90,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 93,91 % - 94,57 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 15 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 21 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 27 | Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile | |
| | Kennzahl-ID | 54022 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p> |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | | |
| | Ergebnis (Einheit) | 93,88 % |
| | Vertrauensbereich | 83,48 % - 97,9 % |
| BUNDESERGEBNIS | | |
| | Bundesdurchschnitt | 91,02 |
| | Referenzbereich | >= 86,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 90,6 % - 91,43 % |
| FALLZAHL | | |
| | Beobachtete Ereignisse | 46 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 49 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | | |
| | Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| | Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |
| 28 | Vorbeugende Gabe von Antibiotika | |
| | Kennzahl-ID | 54023 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Ja |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |

| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
|--|---|
| Ergebnis (Einheit) | 99,47 % |
| Vertrauensbereich | 98,09 % - 99,85 % |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 99,75 |
| Referenzbereich | >= 95,00 % (Zielbereich) |
| Vertrauensbereich | 99,73 % - 99,77 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | 376 |
| Erwartete Ereignisse | - |
| Grundgesamtheit | 378 |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↔ unverändert |

| 29 | Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus | |
|----|---|---|
| | Kennzahl-ID | 54026 |
| | Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| | Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| | Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| | RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| | Ergebnis (Einheit) | 96,04 % |
| | Vertrauensbereich | 93,34 % - 97,67 % |
| | BUNDESERGEBNIS | |
| | Bundesdurchschnitt | 92,03 |
| | Referenzbereich | >= 80,00 % (Zielbereich) |
| | Vertrauensbereich | 91,9 % - 92,16 % |
| | FALLZAHL | |
| | Beobachtete Ereignisse | 315 |
| | Erwartete Ereignisse | - |
| | Grundgesamtheit | 328 |

| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
|---|---|
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |
| 30 Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt | |
| Kennzahl-ID | 54028 |
| Leistungsbereich | Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | Nein |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. |
| RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES | |
| Ergebnis (Einheit) | — |
| Vertrauensbereich | — |
| BUNDESERGEBNIS | |
| Bundesdurchschnitt | 0,72 |
| Referenzbereich | = 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich) |
| Vertrauensbereich | 0,67 % - 0,76 % |
| FALLZAHL | |
| Beobachtete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Erwartete Ereignisse | (Datenschutz) |
| Grundgesamtheit | (Datenschutz) |
| QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | ↻ unverändert |

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

| | LEISTUNGSBEREICH | AUSWAHL |
|---|--|---------|
| 1 | Schlaganfall: Akutbehandlung | Ja |
| 2 | Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind | Ja |

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

Trifft nicht zu

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu

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

| | LEISTUNGSBEREICH | MINDESTMENGE | ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR) | AUSNAHMETATBEST |
|---|-------------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------|
| 1 | Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50 | 374 | |

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu

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

| | |
|--|----|
| Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen): | 90 |
| - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt: | 68 |
| - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben: | 61 |

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg entwickeln ihr Leistungsangebot ständig weiter. Hierbei soll unser Qualitätsmanagementsystem diesen Veränderungsprozess aktiv unterstützen und einen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung leisten, sowie uns bei der Umsetzung der in unserem Leitbild formulierten und festgelegten Zielsetzungen unterstützen (siehe Leitbild der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg). Zusätzlich wurde für unsere Führungskräfte ein Führungsleitbild implementiert (siehe Führungsleitbild der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg). Neben einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ist uns die Sicherheit der Patienten ein besonderes Anliegen. Die Transparenz und die Nachhaltigkeit unserer Prozesse sowie der wertschätzende Umgang mit unseren Mitarbeitern, zuweisenden Ärzten bzw. Kliniken und Lieferanten dienen dafür als Basis. Unser Qualitätsmanagement ist das zentrale verbindende Element, um andauernde und nachhaltige Verbesserungen in den Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg sicherzustellen. Aufbau und Struktur folgen den Vorgaben der DIN EN ISO 9001.

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

1 - Präambel

Der Landkreis Darmstadt-Dieburg hat die gesetzliche Verpflichtung, die medizinische Versorgung der Bevölkerung des Landkreises mit Krankenhausleistungen der Grund- und Regelversorgung im Kreisgebiet sicher zu stellen. Unser Anspruch ist diesem gesetzlichen Auftrag gewissenhaft und

verantwortlich nachzukommen. Über dieser, in der sozialen Gesetzgebung niedergelegten Verpflichtung stehen allerdings noch die im Grundgesetz verankerten menschlichen Grundrechte. Die Unantastbarkeit der menschlichen Würde (vgl. GG, Artikel 1) ist unser oberstes Prinzip.

Das Kreiskrankenhaus Jugenheim als Haus der Grundversorgung ist durch seine Spezialisierung auf den Gebieten der Chirurgie (Gelenkendoprothetik) und des Zentrums für Akute und Postakute Intensivmedizin ideal in seine lokalen Strukturen eingebettet und stellt damit einen wichtigen Bestandteil der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung dar. Das Kreiskrankenhaus Groß-Umstadt ist ein Haus der Regelversorgung und als regionaler Ansprechpartner fest etabliert.

2 - Unsere Verantwortung gilt dem Patienten und seinen Angehörigen

Die Zufriedenheit unserer Patienten ist ein wichtiges Ziel unseres Tuns. Kompetenz, Fürsorge und Menschlichkeit kommen in einer partnerschaftlichen, wertschätzenden Interaktion zum Ausdruck. Die Behandlung und Betreuung einer Erkrankung bezieht sich nicht nur auf ihre Symptome, sondern auf den ganzen Menschen. Daher versuchen wir eine persönliche Atmosphäre des Vertrauens, der Sicherheit und der Geborgenheit zu schaffen. Wir bemühen uns Ängste zu nehmen und behandeln den Menschen als Individuum mit dem Recht auf Diskretion. Unser Anliegen ist es, Wünsche angemessen zu berücksichtigen. Wir sehen den Patienten nicht isoliert, sondern als Teil eines sozialen Systems, beziehen daher auch Angehörige mit ein und schaffen somit Sicherheit und Qualität, auch über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus.

3 - Teamarbeit heißt sich der gemeinsamen Verantwortung bewusst zu sein

Patientenzufriedenheit und wirtschaftliche Erfolge werden nur erreicht, wenn alle Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten und gemeinsame Ziele verfolgen. Darum sind wir bestrebt, berufsgruppenspezifische Egoismen abzubauen und uns als ein Team zu begreifen. Die komplexen Anforderungen im Arbeitsalltag eines Krankenhauses erfordern einen kooperativen Führungsstil. Mitarbeiter in leitender Position sind sich ihrer Vorbildfunktion stets bewusst.

4 - Kooperationspartner

Wir streben eine angemessene Vernetzung und Kooperation mit anderen Kliniken, niedergelassenen Ärzten sowie Sozial- und Gesundheitseinrichtungen an.

5 - Wirtschaftlichkeit

Unser Handeln ist nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgerichtet, um die Existenz beider Krankenhäuser zu sichern. Unser Ziel ist es, Erträge zu erwirtschaften, um Investitionen zu ermöglichen und damit wettbewerbsfähig zu bleiben.

6 - Öffentlichkeitsarbeit

Die Kreiskrankenhäuser des Landkreises Darmstadt-Dieburg sind ein fester Bestandteil der lokalen Infrastruktur. Daher wollen wir durch unsere Öffentlichkeitsarbeit die Häuser und ihre Leistungen darstellen und für die Menschen, die hier wohnen, Ansprechpartner sein. So ist die Zusammenarbeit mit Behörden, Selbsthilfeorganisationen und den politischen Organen für uns selbstverständlich. Auch Informationsveranstaltungen zu diversen Themen zählen zu unserem Angebot und ergänzen unser Anliegen einer maximale Transparenz.

7 - Qualitätssicherung

Wir arbeiten auf einem qualitativ hochwertigen Niveau. Wir sind bestrebt, die jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in unsere Arbeit zu integrieren und so unsere Qualität stetig zu steigern. Unser umfassendes Beschwerdemanagement ist eine konstruktive Instanz, die Kritik und Verbesserungsvorschläge entwicklungsfördernd bearbeitet.

8 - Ökologie

Der Erhalt und die Förderung des ökologischen Gleichgewichts für uns und die folgenden Generationen ist ein zentrales Ziel unseres Bestrebens und erfolgt gewissenhaft.

9 - Zukunftssicherung

In Zeiten sozialer Unsicherheiten versuchen wir einen Kontrapunkt zu setzen und den Mitarbeitern existentielle Sicherheit zu bieten.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

Der Qualitätsmanagementansatz der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg ist ein prozessorientierter Ansatz, der sich am Leitbild, am Führungsleitbild und an der Qualitätspolitik der Kreiskliniken orientiert. Aufbau und Struktur folgen der DIN EN ISO 9001.

D-1.2.1 Patientenorientierung

Die Zufriedenheit unserer Patienten ist ein wichtiges Ziel unseres Tuns. Kompetenz, Fürsorge und Menschlichkeit kommen in einer partnerschaftlichen, wertschätzenden Interaktion zum Ausdruck. Die Behandlung und Betreuung einer Erkrankung bezieht sich nicht nur auf ihre Symptome, sondern auf den ganzen Menschen. Daher versuchen wir eine persönliche Atmosphäre des Vertrauens, der Sicherheit und der Geborgenheit zu schaffen. Wir bemühen uns Ängste zu nehmen und behandeln den Menschen als Individuum mit dem Recht auf Diskretion. Unser Anliegen ist es, Wünsche angemessen zu berücksichtigen. Wir sehen den Patienten nicht isoliert, sondern als Teil eines sozialen Systems, beziehen daher auch Angehörige mit ein und schaffen somit Sicherheit und Qualität, auch über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Wir streben eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau unter Berücksichtigung ethisch-moralischer und wirtschaftlicher Gesichtspunkte an. Führung heißt für uns, alle Aktivitäten der Mitarbeiter auf das Erreichen der Unternehmensziele auszurichten. Wir glauben, dass dies nur mit motivierten und zufriedenen Mitarbeitern zu erreichen ist. Voraussetzungen hierfür sind flache Hierarchien, gegenseitiger Respekt, transparente Entscheidungsprozesse und eine qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Führungskräfte unseres Unternehmens verpflichten sich zu vorbildlichem Handeln und sorgen für ein hohes Maß an Wertschätzung und Verlässlichkeit. Wir pflegen eine vertrauensvolle Kommunikation auf allen Ebenen des Unternehmens. Kritik sprechen wir offen an und gehen mit Fehlern konstruktiv um. Wir halten uns verbindlich an getroffene Entscheidungen und vertreten sie loyal. Unsere gemeinsame Aufgabe ist es, Prozesse effektiv und konsequent zu gestalten.

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Patientenzufriedenheit und wirtschaftliche Erfolge werden nur erreicht, wenn alle Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten und gemeinsame Ziele verfolgen. Darum sind wir bestrebt, berufsgruppenspezifische Egoismen abzubauen und uns als ein Team zu begreifen. Die komplexen Anforderungen im Arbeitsalltag eines Krankenhauses erfordern einen kooperativen Führungsstil. Mitarbeiter in leitender Position sind sich ihrer Vorbildfunktion stets bewusst.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Unser Handeln ist nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgerichtet, um die Existenz beider Krankenhäuser zu sichern. Unser Ziel ist es, Erträge zu erwirtschaften, um Investitionen zu ermöglichen und damit wettbewerbsfähig zu bleiben.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Klinisches Risikomanagement

- Schaffung von Transparenz für Risikofaktoren in Behandlungsprozessen
- Steigerung der Patientensicherheit durch risikopräventive Maßnahmen
- Erhöhung des Qualitätsstandards
- Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses
- Reduktion von Haftpflichtschäden
- Schaffung einer offenen Fehlerkultur

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg entwickeln ihr Leistungsangebot ständig weiter. Hierbei soll unser Qualitätsmanagementsystem diesen Veränderungsprozess aktiv unterstützen und einen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung leisten, sowie uns bei der Umsetzung der in unserem Leitbild formulierten und festgelegten Zielsetzungen unterstützen. Die Transparenz und die Nachhaltigkeit unserer Prozesse sowie der wertschätzende Umgang mit unseren Mitarbeitern, zuweisenden Ärzten bzw. Kliniken und Lieferanten dienen als Basis. Unser Qualitäts- und Risikomanagement ist das zentrale verbindende Element, um andauernde und nachhaltige Verbesserungen in den Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg sicherzustellen. Aufbau und Struktur folgen den Vorgaben der DIN EN ISO 9001 und der ONR 49003. Bei der Erfüllung des öffentlichen Leistungsauftrages, der patientenorientierten Weiterentwicklung des Krankenhauses und der Erreichung der strategischen Unternehmensziele entstehen viele verschiedene Chancen und Risiken, die systematisch ermittelt, bewertet, bewältigt und gesteuert werden. Unter einem Risiko werden potentielle Gefährdungen und Bedrohungen verstanden, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreten und schwerwiegende Auswirkungen auf die Ziele und Finanzen des Unternehmens, auf Sicherheit und Gesundheit der Menschen und auf die technische Funktions- und Leistungsfähigkeit haben.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Wesentliche Aufgaben sind:

- Implementierung/Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
- Beratung aller Kliniken und Bereiche zu Fragestellungen, die das Qualitätsmanagement betreffen
- Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung von Zertifizierungen nach den Anforderungen der DIN EN ISO sowie Zertifizierungsverfahren einzelner Bereiche nach den Vorgaben der Fachgesellschaften
- Durchführen interner Audits
- Begleitung und Durchführung von Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen
- Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts nach § 137 SGB V
- Weiterentwicklung des klinikeigenen Intranets als Qualitätsmanagement-Handbuch
- Durchführung von Schulungen
- Weiterentwicklung interner Qualitätskennzahlen
- Mitarbeit an klinikweiten Projekten

In allen Kliniken und Bereichen sind qualitätsbeauftragte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (QB´s) benannt, die das Qualitätsmanagement unterstützen.

Qualitätsbericht

Die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte informieren über erbrachte medizinische Leistungen und wesentliche Strukturmerkmale unseres Klinikums.

Risikomanagement

Wesentliche Aufgaben sind:

- Weiterentwicklung des Risikomanagementsystems, insbesondere mit den Stufen Risikoidentifikation, Risikobewertung, Risikobewältigung, Risikocontrolling
- Weiterentwicklung der Instrumente des klinischen Risikomanagements, z.B. Koordination und Ausbau des Critical Incident Reporting System (CIRS), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, OP-Checklisten
- Regelmäßiges Reporting an die Betriebsleitung
- Erarbeitung von Standards und Maßnahmen zur Risikoprävention in den medizinischen und pflegerischen Bereichen in Abstimmung mit der Betriebsleitung, den Chefärzten und der Pflegedienstleitung

Externe Qualitätssicherung

Ein weiterer Aufgabenbereich ist die externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V. Dies umfasst:

Organisation der Abläufe zur Sicherstellung der gesetzlichen Verpflichtungen, Monitoring der Ergebnisse, Unterstützung der Kliniken in den strukturierten Dialogen, Bericht an die Betriebsleitung.

Beschwerdemanagement

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg verfügen über ein strukturiertes Beschwerdemanagement. Patienten und Angehörige haben die Möglichkeit über E-Mail, Telefon oder der persönlichen Kontakt Anregungen, Vorschläge und Kritiken zu äußern.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Einige Instrumente des Qualitätsmanagements

- Patientenbefragung
- Mitarbeiterbefragung
- Einweiserbefragung
- CIRS (Critical Incident Reporting System)
- Beschwerdemanagement
- Externe Qualitätssicherung
- Qualitätsmanagement auf Basis von Routinedaten
- Orientierung an Leitlinien und Standards

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Einige Projekte des Qualitätsmanagements 2016

- Einführung der Patientenidentifikationsarmbänder
- Compliance
- Optimierung des Dokumentenmanagementsystems
- Aufbau eines neuen klinikinternen Intranets