



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	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	9
A-10 Gesamtfallzahlen	9
A-11 Personal des Krankenhauses	9
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-13 Besondere apparative Ausstattung	20
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	21
B-[1] Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie)	22
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	22
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	22
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	24

B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	24
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	27
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	29
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	29
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	30
B-[1].11	Personelle Ausstattung	30
B-[2]	Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie)	32
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	32
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	33
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	34
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	34
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	36
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	39
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	39
B-[2].11	Personelle Ausstattung	40
B-[3]	Klinik für Geriatrie	41
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	42
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	42
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	43
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	44
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	47

B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	49
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	49
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	49
B-[3].11	Personelle Ausstattung	49
B-[4]	Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	51
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	52
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	53
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	53
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	54
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[4].11	Personelle Ausstattung	54
B-[5]	Klinik für Allgemeinchirurgie	56
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	57
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	57
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	57
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	58
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	61
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	63
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	63

B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	64
B-[5].11	Personelle Ausstattung	64
B-[6]	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	65
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	66
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	66
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	66
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	68
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	68
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	71
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	73
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	74
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	74
B-[6].11	Personelle Ausstattung	75
B-[7]	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie	76
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	77
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	77
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	78
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	79
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	79
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	82
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	84
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	84
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	85
B-[7].11	Personelle Ausstattung	85

B-[8]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	86
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	87
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	87
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	88
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	88
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	88
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	89
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	92
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	93
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	94
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	94
B-[8].11	Personelle Ausstattung	94
B-[9]	Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)	96
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	96
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	97
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	97
B-[9].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	98
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	98
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD	98
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	101
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	104
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	104
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	104
B-[9].11	Personelle Ausstattung	105
B-[10]	Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	107
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	107

B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	108
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	108
B-[10].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	108
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	108
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD	108
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	109
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	111
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	111
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	112
B-[10].11	Personelle Ausstattung	112
B-[11]	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	113
B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	113
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	114
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	114
B-[11].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	115
B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	115
B-[11].6	Hauptdiagnosen nach ICD	115
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	118
B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	120
B-[11].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	121
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	121
B-[11].11	Personelle Ausstattung	121
B-[12]	Belegklinik für HNO-Erkrankungen	123
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	123
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	123
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	124

B-[12].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	124
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	124
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD	124
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	125
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	127
B-[12].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	127
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	127
B-[12].11	Personelle Ausstattung	128
B-[13]	Klinik für Radiologie	129
B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	129
B-[13].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	130
B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	130
B-[13].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	131
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	131
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD	131
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	131
B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	133
B-[13].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	133
B-[13].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	133
B-[13].11	Personelle Ausstattung	133
C	Qualitätssicherung	135
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	135
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	225
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	225
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	226

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	226
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.226 2 SGB V	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 226 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	
D	Qualitätsmanagement	226
D-1	Qualitätspolitik	226
D-3	Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements	230
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	231
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	231

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 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

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Silke Sanna, Leitung Qualitätsmanagement
Telefon:	06078 79 1005
Fax:	

E-Mail:

s.sanna@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	0300	Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie)
3	Hauptabteilung	0200	Klinik für Geriatrie
4	Hauptabteilung	0260	Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
5	Hauptabteilung	1500	Klinik für Allgemeinchirurgie
6	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
7	Hauptabteilung	1900	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie
8	Hauptabteilung	2400	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
9	Hauptabteilung	2900	Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)
10	Hauptabteilung	2960	Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
11	Hauptabteilung	3600	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
12	Belegabteilung	2600	Belegklinik für HNO-Erkrankungen
13	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für Radiologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Kreisklinik Groß-Umstadt
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11

IK-Nummer:	260610690
Standort-Nummer:	01
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

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

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

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
7	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
8	Vojtathérapie für Erwachsene und/oder Kinder
9	Wärme- und Kälteanwendungen
10	Musiktherapie
11	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
12	Stillberatung
13	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
14	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
15	Aromapflege/-therapie
16	Atemgymnastik/-therapie
17	Basale Stimulation
18	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
19	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
20	Diät- und Ernährungsberatung
21	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
22	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
23	Kinästhetik
24	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
25	Schmerztherapie/-management
26	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
27	Akupunktur
28	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
29	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	<i>z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung</i>
30	Sporttherapie/Bewegungstherapie
	<i>z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie</i>
31	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
32	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
33	Manuelle Lymphdrainage
34	Ergotherapie/Arbeitstherapie
35	Massage
36	Fußreflexzonenmassage
37	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

LEISTUNGSANGEBOT	
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 Wahlleistungen</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 Wahlleistungen</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
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	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
9	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
10	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
11	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
12	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
13	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
14	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
15	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
16	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	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

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: 330

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	12706
Teilstationäre Fallzahl:	385
Ambulante Fallzahl:	21253

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)	130,77	130,77	0	0 ¹⁾	130,77
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	55,62	55,62	0	0 ²⁾	55,62
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	267,33 0	267,33 0	0 0	0 ¹⁾ 0	267,33 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	13,45 0	13,45 0	0 0	0 ⁴⁾ 0	13,45 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	0 ⁴⁾	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	1	1	0	0 ³⁾	1
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	2,37	2,37	0	0 ⁶⁾	2,37
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	12,78	12,78	0	0 ⁸⁾	12,78
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	1,9	1,9	0	0 ⁹⁾	1,9
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	3,5	3,5	0	0 ¹⁰⁾	3,5
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 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums 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
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>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
2	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	5 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	2 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	22 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	Kopfhaube	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: 98

... auf allen Allgemeinstationen: 25

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

	OPTION	AUSWAHL
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)
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).	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	Ja
9	Patientenbefragungen <i>Die Patientenbefragung erfolgt kontinuierlich</i>	Ja
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

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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	Röntengerät 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	
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
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 Chefärztin

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
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].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

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
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	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	28
15	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	28
16	K29.3	Chronische Oberflächengastritis	25
17	R42	Schwindel bzw. Taumel	25
18	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	24
19	A46	Wundrose - Erysipel	23
20	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	21

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	21
22	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	20
23	K92.1	Meläna	18
24	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	18
25	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	18
26	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	18
27	N20.0	Nierenstein	18
28	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	17
29	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	17
30	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	17

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	160
2	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	97
3	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	91
4	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	91
5	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	90
6	E86	Flüssigkeitsmangel	81
7	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	71
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	62
9	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	49
10	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	47

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	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	28
19	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	28
20	K29.3	Chronische Oberflächengastritis	25

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
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	N20.0	Nierenstein	18
26	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	18
27	K92.1	Meläna	18
28	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	17
29	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	17
30	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	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
10	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	61
11	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	58

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	30
20	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	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	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	14
30	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	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
2	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	361

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	213

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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 Bauchspeicheldrüsendgänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
8	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	< 4
9	1-641	Untersuchung der Bauchspeicheldrüsendgänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 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 Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie)

B-[2].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-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0300) Kardiologie

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

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-[2].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-ii/index.html

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	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
10	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
11	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
12	Intensivmedizin

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3134
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].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	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	46
16	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	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	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	30
22	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	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-[2].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
6	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	223
7	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	222
8	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	106
9	I95	Niedriger Blutdruck	93
10	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	68

B-[2].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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
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
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	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	15
26	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	15
27	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	15
28	E86	Volumenmangel	13
29	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	13
30	R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet	13

B-[2].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
4	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	337
5	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: 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 medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende 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 medikamentenfreisetzenden 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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	8-837.m2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden 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 medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	36
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	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	22
26	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	22
27	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	18
28	6-002.k3	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 225 mg bis unter 300 mg	17
29	8-83d.00	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden bioresorbierbaren Stents: Ein bioresorbierbarer Stent in eine Koronararterie	17
30	1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige	16

B-[2].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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
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-[2].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-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

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)	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-[2].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-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

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	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-[2].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-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik

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 Geriatrie**B-[3].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-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0200) Geriatrie

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

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-[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-geriatrie/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	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-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
2	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
3	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

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

Vollstationäre Fallzahl:	807
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].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	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	16
7	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	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	R26.2	Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert	8
19	M54.4	Lumboischialgie	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	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	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	6
25	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	6
26	M54.5	Kreuzschmerz	6
27	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	6
28	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	6
29	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	5
30	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	5

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	137
2	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	114
3	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	41
4	I50	Herzschwäche	35
5	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	35
6	E86	Flüssigkeitsmangel	18
7	M54	Rückenschmerzen	17
8	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	16
9	R29	Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen	16
10	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	15

B-[3].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	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	16
8	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	16
9	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	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	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	12
14	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	12
15	R55	Synkope und Kollaps	11
16	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	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	R26.2	Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert	8
21	M48.0	Spinal(kanal)stenose	8
22	M54.4	Lumboischialgie	8
23	G45.0	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik	8
24	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	7
25	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	7
26	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	7

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
27	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
28	M62.8	Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten	6
29	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	6
30	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	6

B-[3].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
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	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	16
11	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	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	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	11
15	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	11
16	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	7

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	4
20	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	4
21	3-100.0	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen	3
22	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	3
23	5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert	2
24	9-401.00	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	2
25	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	2
26	8-191.20	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Ohne Debridement-Bad	2
27	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	2
28	1-712	Spiroergometrie	2
29	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten	2
30	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	2

B-[3].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	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	< 4
8	8-190	Spezielle Verbandstechnik	< 4
9	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	< 4

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

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

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)	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-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

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

	ANERKANNTEN 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-[3].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

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

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] Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[4].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-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[4].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-[4].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-[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	Geriatrische Tagesklinik
2	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
2	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
3	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	212

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

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

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

B-[4].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	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	1
7	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	1

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

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

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. SCHUNCK
	Privatambulanz

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

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

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.
----------	------	--------	------------	------	-------	----------------

- 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-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
---	--

2	Innere Medizin <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i>
---	--

B-[4].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>
4	Palliativmedizin <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i>

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

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
--	--

1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
---	---

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
-----------------------	--

1	Geriatrie
2	Kinästhetik

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
3	Basale Stimulation
4	Bobath

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 Allgemeinchirurgie

B-[5].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-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[5].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-[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-allgemeinchirurgie/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	Notfallmedizin
2	Kinderchirurgie
3	Native Sonographie
4	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
5	Chirurgische Intensivmedizin
6	Minimalinvasive endoskopische Operationen
7	Schrittmachereingriffe
8	Adipositaschirurgie
9	Defibrillatöreingriffe
10	Portimplantation
11	Tumorchirurgie
12	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
13	Magen-Darm-Chirurgie
14	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1499
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].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
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	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	23
15	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	23
16	L72.1	Trichilemmalzyste	22
17	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	22
18	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	20
19	N20.1	Ureterstein	20
20	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	18
21	K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	17
22	K81.0	Akute Cholezystitis	17

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	17
24	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	16
25	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	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-[5].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K80	Gallensteinleiden	171
2	K35	Akute Blinddarmentzündung	134
3	K40	Leistenbruch (Hernie)	109
4	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	91
5	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	55
6	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	42
7	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	42
8	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	33
9	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	32
10	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	23

B-[5].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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
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	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	27
14	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	27
15	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	23
16	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	23
17	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	22
18	L72.1	Trichilemmalzyste	22
19	N20.1	Ureterstein	20
20	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	20
21	K81.0	Akute Cholezystitis	17
22	K85.1	Biliäre akute Pankreatitis	17
23	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	17
24	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	16
25	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	16
26	K62.3	Rektumprolaps	15
27	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	15

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
28	K80.4	Gallengangsstein mit Cholezystitis	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-[5].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	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	90
4	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	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
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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	5-452.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	11
28	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren 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	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten	11

B-[5].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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-[5].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-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[5].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
4	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	7
5	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	7
6	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	6
7	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	5

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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-[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)	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-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung**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	15,45	15,45	0	0 ¹⁾	15,45	97,0

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

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	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Kinästhetik

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 Unfallchirurgie und Orthopädie

B-[6].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-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1600) Unfallchirurgie

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1414
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].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	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	27

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	M54.4	Lumboischialgie	27
10	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	26
11	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	26
12	M54.5	Kreuzschmerz	24
13	S82.81	Bimalleolarfraktur	20
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	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	12
23	S86.0	Verletzung der Achillessehne	12
24	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	12
25	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	12
26	S92.0	Fraktur des Kalkaneus	11
27	S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur	11
28	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	11
29	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	11
30	G56.2	Läsion des N. ulnaris	10

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	181
2	S52	Knochenbruch des Unterarmes	141
3	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	141
4	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	80
5	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	77
6	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	76
7	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	60

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	M54	Rückenschmerzen	54
9	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	38
10	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	35

B-[6].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
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	S42.4	Fraktur des distalen Endes des Humerus	18
18	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	18
19	S22.4	Rippenserienfraktur	16
20	S52.0	Fraktur des proximalen Endes der Ulna	15
21	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	14
22	S82.2	Fraktur des Tibiaschaftes	13

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
23	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	13
24	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	12
25	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	12
26	S86.0	Verletzung der Achillessehne	12
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	S82.3	Distale Fraktur der Tibia	10

B-[6].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
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: Knöcherne 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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	43
16	5-822.81	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert	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	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	28
22	5-836.50	Spondylodese: Ventral: 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	5-831.3	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision von extraforaminal gelegenen Bandscheibengewebe	22
27	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	22
28	5-793.1n	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	20
29	9-200.0	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte	20
30	5-794.k1	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	20

B-[6].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-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE 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

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

B-[6].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	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	11
9	5-849	Sonstige Operation an der Hand	11
10	5-841	Operation an den Bändern der Hand	10

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

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.
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-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Handchirurgie
2	Spezielle Unfallchirurgie

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	13,55	13,55	0	0 ¹⁾	13,55	104,4
--	-------	-------	---	-----------------	-------	-------

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik

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 Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie

B-[7].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-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1900) Plastische Chirurgie

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

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-[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-plastische-und-aesthetische-chirurgie/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	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
2	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
3	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
4	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
5	Spezialprechstunde
6	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
8	Operationen wegen Thoraxtrauma
9	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
10	Tumorchirurgie
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
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	Spezialsprechstunde
36	Laserchirurgie
37	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
38	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
39	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	167
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M86.98	Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	23
2	M86.68	Sonstige chronische Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	8
3	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	8
4	E65	Fettpolster	7
5	L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	6
6	L72.1	Trichilemmalzyste	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	L91.0	Hypertrophe Narbe	5
10	M86.48	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	5
11	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	4
12	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	4
13	L98.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut	< 4
14	B07	Warzen	< 4
15	L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	< 4
16	T85.82	Kapsel fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	< 4
17	L72.0	Epidermalzyste	< 4
18	M89.88	Sonstige näher bezeichnete Knochenkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	T24.21	Verbrennung Grad 2b der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	< 4
20	I20.0	Instabile Angina pectoris	< 4
21	T22.21	Verbrennung Grad 2a der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand: Unterarm und Ellenbogen	< 4
22	Q17.5	Abstehendes Ohr	< 4
23	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	< 4
24	S01.29	Offene Wunde: Sonstige und mehrere Teile der Nase	< 4
25	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
26	T22.81	Verbrennung Grad 2b der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand: Unterarm und Ellenbogen	< 4
27	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	< 4
28	L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	< 4
29	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	< 4
30	H61.0	Perichondritis des äußeren Ohres	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung - Osteomyelitis	37
2	C44	Sonstiger Hautkrebs	18
3	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	13
4	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	10
5	E65	Fettpolster	7
6	S01	Offene Wunde des Kopfes	7
7	L91	Hautkrankheit mit überschießender Narbenbildung	5
8	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	4
9	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	4
10	T22	Verbrennung oder Verätzung der Schulter bzw. des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	< 4

B-[7].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	M86.6	Sonstige chronische Osteomyelitis	8
4	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	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	L98.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut	< 4
15	T85.8	Kapsel fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	< 4
16	T21.8	Verbrennung Grad 2b des Rumpfes	< 4
17	L72.0	Epidermalzyste	< 4
18	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
19	T24.2	Verbrennung 2. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	< 4
20	T22.2	Verbrennung Grad 2a der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
21	M89.8	Sonstige näher bezeichnete Knochenkrankheiten	< 4
22	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	< 4
23	Q17.5	Abstehendes Ohr	< 4
24	S01.3	Offene Wunde des Ohres und der Gehörstrukturen	< 4
25	S01.2	Offene Wunde der Nase	< 4
26	I20.0	Instabile Angina pectoris	< 4
27	T21.2	Verbrennung Grad 2a des Rumpfes	< 4
28	D17.9	Gutartige Neubildung des Fettgewebes, nicht näher bezeichnet	< 4
29	S01.5	Offene Wunde der Lippe und der Mundhöhle	< 4
30	H00.0	Hordeolum und sonstige tiefe Entzündung des Augenlides	< 4

B-[7].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	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	18
9	5-349.1	Andere Operationen am Thorax: Sequesterotomie an Rippe oder Sternum	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	5-343.2	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Partielle Resektion am knöchernen Thorax, Rippe	14
11	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	14
12	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	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	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	9
20	8-190.23	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Mehr als 21 Tage	9
21	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	9
22	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	9
23	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	9
24	5-983	Reoperation	7
25	5-984	Mikrochirurgische Technik	7
26	8-190.22	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage	7
27	5-911.0b	Gewerbereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Bauchregion	7

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	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
29	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
30	5-902.4a	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Brustwand und Rücken	6

B-[7].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-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. LANG
	Privatambulanz

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[7].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
2	5-097	Lidstraffung	< 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)	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-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

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

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

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 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[8].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-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[8].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-[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-frauenheilkunde-und-geburtshilfe-/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	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-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1724
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].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	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	21
14	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	21
15	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	19
16	O26.81	Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden	19
17	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	18
18	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	18
19	N76.4	Abszess der Vulva	18
20	D27	Gutartiger Eierstocktumor	17
21	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	17
22	N61	Entzündung der Brustdrüse	17
23	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	16

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	O00.1	Tubargravidität	16
25	D25.0	Submuköses Leiomyom des Uterus	14
26	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	13
27	O41.0	Oligohydramnion	13
28	N80.0	Endometriose des Uterus	13
29	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	13
30	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	12

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Neugeborene	430
2	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	71
3	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	68
4	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	47
5	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	47
6	C50	Brustkrebs	43
7	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	41
8	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	38
9	O69	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Komplikationen mit der Nabelschnur	34
10	O65	Geburtshindernis durch Normabweichung des mütterlichen Beckens	34

B-[8].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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
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	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	21
14	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	21
15	O26.8	Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft	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	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	O41.0	Oligohydramnion	13

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
28	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	13
29	O34.3	Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps	13
30	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	13

B-[8].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
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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	37
22	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	37
23	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	35
24	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal	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	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	28
28	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	28
29	5-683.03	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	27
30	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	26

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	175
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-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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)	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-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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	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 Kreissaal wird durch niedergelassene Beleghebammen betreut.

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	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

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] Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)

B-[9].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-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie

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

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-[9].1.3 Weitere Zugänge

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

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	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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
9	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
10	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen

B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug

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

Vollstationäre Fallzahl:	1146
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	F43.0	Akute Belastungsreaktion	38
9	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	32
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
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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	10
16	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	9
17	F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	9
18	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	9
19	F20.1	Hebephrene Schizophrenie	9
20	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	8
21	F06.3	Organische affektive Störungen	7
22	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	7
23	F06.2	Organische wahnhaft [schizophreniforme] Störung	7
24	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	6
25	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	6
26	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	6
27	F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	6
28	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	6
29	F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	6
30	F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	5

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	255
2	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	245
3	F20	Schizophrenie	146
4	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	103
5	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	97
6	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	57
7	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	39
8	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	31

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	22
10	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	17

B-[9].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	F43.0	Akute Belastungsreaktion	38
9	F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	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
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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
15	F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	10
16	F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	9
17	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	9
18	F20.1	Hebephrene Schizophrenie	9
19	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	9
20	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	8
21	F06.3	Organische affektive Störungen	7
22	F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	7
23	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	7
24	F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	6
25	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	6
26	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	6
27	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	6
28	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	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-[9].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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
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

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

B-[9].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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-[9].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-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

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

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)	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-[9].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-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Schmerztherapie
2	Suchtmedizinische Grundversorgung

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

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

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.
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-[10] Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[10].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-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[10].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-[10].1.3 Weitere Zugänge

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

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	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-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	173

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

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

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

B-[10].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	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	25
28	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 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-[10].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	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	< 4
8	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	< 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-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS durchgeführt

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

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)	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-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Suchtmedizinische Grundversorgung

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	4,15	4,15	0	0 ¹⁾	4,15	0,0

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

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	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Deeskalationstraining z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie

B-[10].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-[11] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

B-[11].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-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3600) Intensivmedizin

B-[11].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-[11].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-[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	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
4	Schmerztherapie
5	Dialyse
	<i>Hämofiltration bei Intensivstationspatienten</i>

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:	277
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].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	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	5
11	E86	Flüssigkeitsmangel	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	4
13	I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	4
14	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	4
15	A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	4
16	I63.5	Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	4
17	A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	4
18	T43.2	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva	< 4
19	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	< 4
20	F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	< 4
21	I20.0	Instabile Angina pectoris	< 4
22	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	< 4
23	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	< 4
24	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	< 4
25	J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	< 4
26	I62.00	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Akut	< 4
27	E66.82	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	< 4
28	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
29	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
30	I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I21	Akuter Herzinfarkt	37
2	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	21
3	I50	Herzschwäche	19
4	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	16
5	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	11
6	J96	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut	8
7	N17	Akutes Nierenversagen	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	7
9	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	6
10	T43	Vergiftung durch bewusstseinsverändernde Substanzen	6

B-[11].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
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	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	5
11	E86	Volumenmangel	5
12	I62.0	Subdurale Blutung (nichttraumatisch)	4
13	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	4
14	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	4
15	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	4
16	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
17	A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	4
18	A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	4
19	I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	4
20	T43.2	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva	< 4
21	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	< 4
22	I20.0	Instabile Angina pectoris	< 4
23	G45.0	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik	< 4
24	F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	< 4
25	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	< 4
26	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	< 4
27	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	< 4
28	T78.2	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet	< 4
29	E66.8	Sonstige Adipositas	< 4
30	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[11].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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 medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	61
15	8-83b.0b	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung	57
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 medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	40
19	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	35
20	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	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	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	24
24	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	24

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen 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	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien	20
29	6-002.k3	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 225 mg bis unter 300 mg	20
30	6-002.k2	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 150 mg bis unter 225 mg	19

B-[11].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
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-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. JALOWY
	Privatambulanz
	Vorbereitung auf Anästhesie und Operation; Schmerzbehandlung

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[11].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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)	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-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Basale Stimulation
3	Bobath

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.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

B-[12] Belegklinik für HNO-Erkrankungen**B-[12].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-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[12].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-[12].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-[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 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
11	Schwindeldiagnostik/-therapie

B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	75
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J32.4	Chronische Pansinusitis	31
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	26

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

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	39
2	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	31
3	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	< 4
4	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	< 4
5	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	< 4

B-[12].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	J34.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4
6	S02.2	Nasenbeinfraktur	< 4
7	J35.8	Sonstige chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	< 4

B-[12].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	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	2
10	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	2
11	5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	2
12	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszess tonsillektomie	2
13	5-214.7x	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Sonstige	1
14	5-211.41	Inzision der Nase: Durchtrennung von Synechien: Mit Einnähen von Septumstützfolien	1
15	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	1
16	5-214.4	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen	1
17	5-215.2	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchektomie	1
18	5-224.6x	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Sonstige	1
19	5-217.0	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Nasensteg	1

B-[12].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	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	31
4	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	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	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	< 4
8	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	< 4
9	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	< 4
10	5-211	Operativer Einschnitt in die Nase	< 4

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS
	Belegarztpraxis am Krankenhaus

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

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

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Allergologie

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

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

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

B-[13] Klinik für Radiologie

B-[13].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-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

B-[13].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-[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-radiologie/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	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-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt da keine bettenführende Abteilung

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

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

B-[13].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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
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	3-803.0	Native Magnetresonanztomographie des Herzens: In Ruhe	5
25	3-824.2	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: Unter pharmakologischer Belastung	5
26	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	5
27	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	5
28	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	4
29	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	3
30	3-201	Native Computertomographie des Halses	3

B-[13].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
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-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[13].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**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)	1,6	1,6	0	0 ¹⁾	1,6	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,6	1,6	0	0 ²⁾	1,6	0,0

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	Radiologie

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung**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	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-[13].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

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

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.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

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	96,6
2	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	19	111,8
3	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	10	83,3

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	12	109,1
5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/6)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
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)	85	102,4
11	Mammachirurgie (18/1)	24	82,8
12	Dekubitusprophylaxe (DEK)	234	108,3
13	Hüftendoprothesenve (HEP)	114	107,5
14	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	105	106,1
15	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	9	128,6
16	Knieendoprothesenve (KEP)	65	110,2

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
17	Knieendoprothesen- Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	65	110,2
18	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	250	102,9

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.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 Krankensebene 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	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	1,32
	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 Strukturiertes 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	<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 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.</p>
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

		<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)	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	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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.</p>

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 Strukturiertes 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

		<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 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.</p>
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

	<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)	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 Krankensebene 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

	<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. 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)	—
	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

	<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. 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)	—
	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

	<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. 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 % - 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

		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

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/>

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 Strukturiertes 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	<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. 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	0,9
	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 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 % - 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	<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	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 Strukturiertes 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

	<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. 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	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 Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
55	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	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 Strukturiertes 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 Strukturierter 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	<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)	0,66
	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 Strukturiertes 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	<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)	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	<p>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 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	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	Vorbereitende 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	<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)	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 Strukturiertes 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	<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. 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 % - 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	<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. 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)	—
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	<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. 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)	—
	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-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	59	

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):	73
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	52
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	45

* 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 maximalen 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