



## Qualitätsbericht 2022

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
für das Berichtsjahr 2022

Erstellt am 31.12.2023

## Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....</b>	<b>7</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	15
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	17
A-9	Anzahl der Betten .....	18
A-10	Gesamtfallzahlen .....	19
A-11	Personal des Krankenhauses.....	19
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	30
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	51
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	52
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....</b>	<b>54</b>
B-1	Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.....	54
B-2	Klinik für Innere Medizin -Gastroenterologie .....	61
B-3	Klinik für Innere Medizin - Kardiologie und Rhythmologie.....	71
B-4	Klinik für Innere Medizin Akutgeriatrie und Frührehabilitation mit Geriatrischer Tagesklinik.....	82
B-5	Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Diabetologie und Angiologie.....	89
B-6	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.....	101

B-7	Klinik für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie.....	113
B-8	Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie.....	123
B-9	Klinik für Plastische, Rekonstruktive Ästhetische und Handchirurgie.....	133
B-10	Klinik für Gynäkologie, Urogynäkologie und Geburtshilfe.....	144
B-11	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin.....	157
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>163</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	163
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	249
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	249
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ....	250
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	251
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	252
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	252
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	253
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>255</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	255
D-2	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	256
D-3	Qualitätsmanagement-Projekte.....	260

## - Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Jasmina Walz
<b>Telefon</b>	0561/1002-3450
<b>Fax</b>	0561/1002-3005
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:jasmina.walz@agaplesion.de">jasmina.walz@agaplesion.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Alfred Karl Walter
<b>Telefon</b>	0561/1002-3010
<b>Fax</b>	0561/1002-3005
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:alfredkarl.walter@agaplesion.de">alfredkarl.walter@agaplesion.de</a>

### Weiterführende Links

**Link zur Internetseite des Krankenhauses:** <https://www.diako-kassel.de>  
**Link zu weiterführenden Informationen:** <http://www.agaplesion.de>

Frankfurt am Main, im Dezember 2023

## Sehr geehrte Leser:innen,

die vielfältigen Informationen in einem Qualitätsbericht geben einen systematischen Überblick über die Leistungen eines Krankenhauses in Deutschland. All das soll Patient:innen und einweisende Ärzt:innen bei der Entscheidungsfindung helfen. Doch Zahlen und Fakten allein reichen nicht aus, um ein Krankenhaus zu beschreiben. Denn es bleibt ein Ort, an dem Menschen für Menschen da sind, ein existenziell bedeutender Ort der Hoffnung.

Jede Einrichtung ist geprägt von einer bestimmten Unternehmenskultur. Bei AGAPLESION steckt ein christliches Leitbild die Eckpfeiler ab. Wichtige Säulen sind eine hohe Zuwendungsqualität und ein ganzheitlicher Behandlungsansatz. Wir wollen uns den Menschen, die zu uns kommen, mit Kopf, Herz und Seele zuwenden. Dieser Qualitätsanspruch, den wir uns selbst stellen, ist christlich motiviert und in unserem Leitbild als Mission formuliert: „Wir behandeln und begleiten Menschen in allen Lebensphasen individuell und ganzheitlich. Mit unserer christlich geprägten Haltung fördern wir körperliches und seelisches Wohlergehen und bieten menschliche Zuwendung.“

Seit unserer Gründung vor gut 20 Jahren haben wir immer wieder unsere Freude an Veränderungen und Innovationen unter Beweis gestellt. Wir haben Erfahrung in der Zusammenlegung eigener Klinik-Standorte, um die Medizin und Pflege vor Ort zu stärken. Wir gehören zu den digitalen Vorreitern auf dem deutschen Gesundheitsmarkt und sorgen mit eigenen Servicegesellschaften dafür, dass unsere Einrichtungen die beste Qualität in den Bereichen Medizintechnik, Reinigung, Catering und Logistik erhalten.

Zusammen mit unseren über 20.000 Mitarbeiter:innen entwickeln wir uns stetig weiter, um an der Seite der Menschen zu bleiben, die auf uns und christlich-diakonische Einrichtungen vertrauen. Unsere Organisation haben wir immer weiter professionalisiert und uns erhebliches Know-how angeeignet. Qualität ist für uns nicht an politische Reformen gekoppelt. Für uns als christlicher Gesundheitskonzern ist sie eine intrinsische Motivation – eine Verpflichtung, die uns antreibt. All unser Tun ist auf das Wohl unserer Patient:innen ausgerichtet.

Daran halten wir auch in Zukunft fest, komme, was da wolle.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Jörg Marx  
Stv. Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Kassel, im Dezember 2023

## Sehr geehrte Leser:innen,

die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL sind mit 306 akutstationären Betten die größte medizinische Einrichtung Nordhessens mit christlicher Ausrichtung.

Qualität wird in den AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL großgeschrieben. Neben Systemaudits nach DIN EN ISO 9001:2015, verfügen wir über weitere fachspezifische Auszeichnungen und Zertifikate:

1. Zertifizierung der Kardiologie & Rhythmologie als Chest Pain Unit durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK)
2. Zertifizierung der Allgemein- und Viszeralchirurgie als Kompetenzzentrum für chirurgische Koloproktologie durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV)
3. Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie durch die Deutsche Hernien Gesellschaft e.V. (DHG)
4. Kontinenz Beratungsstelle nach den Richtlinien der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.
5. Zertifizierung der Unfallchirurgie als TraumaZentrum durch die AUC Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie.
6. Bronze Zertifikat – Aktion Saubere Hände

Wir geben täglich unser Bestes, unsere Patient:innen liebevoll und auf einem hohen medizinischen Standard zu versorgen. Hierfür verbinden wir Spitzenmedizin mit menschlicher Zuwendung. Als moderne Gesundheitseinrichtung fördern wir stets den medizinischen Fortschritt und setzen die neuesten Technologien ein.

Als christliches Haus fühlen wir uns dabei ausschließlich den Belangen unserer Patient:innen verpflichtet. Unsere Mitarbeiter:innen leisten dafür Tag für Tag ihren Dienst und erweitern ihr Wissen regelmäßig durch Fort- und Weiterbildungen. Sie sind die Quelle unseres Erfolges und stehen mit ihrer ganzen Persönlichkeit für die exzellente Versorgung der Patient:innen und die Weiterentwicklung der Einrichtung sowie der Qualitätsstandards.

Wir nutzen die Zertifizierungsverfahren dazu, die Wirksamkeit unseres QM-Systems zu überprüfen und Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen. Unser Anspruch ist stets die Zufriedenheit unserer Patient:innen und Mitarbeiter:innen. In einem Umfeld, wo wir als Menschen für die Menschen da sind.

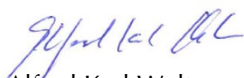
Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten.

Bei Fragen steht Ihnen Frau Jasmina Walz (Qualitäts- und Risikomanagement) unter der Telefonnummer (0561) 1002 - 3450 oder per E-Mail ([jasmina.walz@agaplesion.de](mailto:jasmina.walz@agaplesion.de)) zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.diako-kassel.de](http://www.diako-kassel.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Alfred Karl Walter, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Mit freundlichen Grüßen



Alfred Karl Walter  
Geschäftsführer

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL
Hausanschrift	Herkulesstraße 34 34119 Kassel
Zentrales Telefon	0561/1002-0
Fax	0561/1002-1010
Zentrale E-Mail	<a href="mailto:Info.DKK@agaplesion.de">Info.DKK@agaplesion.de</a>
Postanschrift	AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL Herkulesstraße 34 34119 Kassel
Institutionskennzeichen	260660839
Standortnummer aus dem Standortregister	772094000
Standortnummer (alt)	00
URL	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztliche Direktion bis Juni 2022
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andreas Fiehn
Telefon	0561/1002-1201
Fax	0561/1002-1205
E-Mail	<a href="mailto:andreas.fiehn@diako-Kassel.de">andreas.fiehn@diako-Kassel.de</a>

#### Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

<b>Funktion</b>	Ärztliche Direktion seit Juli 2022
<b>Titel, Vorname, Name</b>	PD Dr. med. Emilia Stegemann
<b>Telefon</b>	0561/1002-1610
<b>Fax</b>	0561/1002-1505
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:emilia.stegemann@agaplesion.de">emilia.stegemann@agaplesion.de</a>

#### Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

<b>Funktion</b>	Stllv. Ärztliche Direktion seit Juli 2022
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Peter Mohrenweiser
<b>Telefon</b>	0561/1002-1204
<b>Fax</b>	0561/1002-1205
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:peter.mohrenweiser@agaplesion.de">peter.mohrenweiser@agaplesion.de</a>

#### Pflegedienstleitung

##### Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

<b>Funktion</b>	Pflegedienstleitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Stefanie Kirchner
<b>Telefon</b>	0561/1002-2001
<b>Fax</b>	0561/1002-2005
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:stefanie.kirchner@agaplesion.de">stefanie.kirchner@agaplesion.de</a>

##### Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

<b>Funktion</b>	Stellv. Pflegedienstleitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Judith Lorenz
<b>Telefon</b>	0561/1002-2002
<b>Fax</b>	0561/1002-2005
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:judith.Lorenz@agaplesion.de">judith.Lorenz@agaplesion.de</a>

#### Verwaltungsleitung

##### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Alfred Karl Walter
<b>Telefon</b>	0561/1002-3010
<b>Fax</b>	0561/1002-3005
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:alfredkarl.walter@agaplesion.de">alfredkarl.walter@agaplesion.de</a>



#### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	Verwaltungsdirektion
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Saskia Kaune
<b>Telefon</b>	0561/1002-3020
<b>Fax</b>	0561/1002-3005
<b>E-Mail</b>	saskia.kaune@agaplesion.de

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

#### Krankenhausträger

<b>Name</b>	AGAPLESION gemeinnützige AG/ Stiftung Kurhessisches Diakonissenhaus
<b>Art</b>	Freigemeinnützig

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

#### Krankenhausart

<b>Krankenhausart</b>	Akademisches Lehrkrankenhaus
<b>Universität</b>	Philipps-Universität Marburg

### A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Erfolgt über den Pflege- u. Sozialdienst, das Diako-Sanitätshaus, kooperierende ambulante Pflegedienste und unsere Seelsorge. Angehörigenberatung erfolgt bei Anleitung von Verbänden, Stomaversorgung o. nachstationärer Versorgung in allgem. Pflege. Die DKK-Elternschule bietet zahlreiche Kurse an.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Diese erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiter:innen der Physiotherapie nach ärztl. Anordnung. Atemgymnastik (Physiotherapie), Vibrax, Inhalationen.
MP06	Basale Stimulation	Dieses Thema wird im Rahmen der Ausbildung und den Weiterbildungen Geriatrie und Anästhesie- und Intensivmedizin gelehrt. Fortgebildete Mitarbeiter:innen wenden die basale Stimulation bei ihrer pflegerischen Tätigkeit an.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Begleitung durch Seelsorge und Pflegedienst. Abschiedsraum vorhanden. Aussegnung wird von der Seelsorge angeboten, unabhängig von Konfession und Weltanschauung. Die Mitarbeiter:innen bilden sich in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender fort. Pfarrer können bei Bedarf kontaktiert werden.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Fortbildungen zu Bobath werden angeboten. Geriatrie: Hockergymnastik für mit eingeschränktes Geh- und Stehvermögen findet in Einzel- oder Gruppentherapie statt.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Gemäß Leitlinie für Diabetes im Alter der geriatrischen und diabetologischen Fachgesellschaften.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	z. B. spezielle Ernährungsberatung Lactoseintoleranz, Histaminintoleranz (siehe SA 44), für geriatrischen Patient:in mit Ernährungs- u./o. Schluckstörungen sowie nach Operationen im Magen- und Darmbereich sowie Bauchspeicheldrüse.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Das Entlassmanagement ist klar mit definierten Aufgaben geregelt. Der:die Patient:in können sich nach der Entlassung unter einer festgelegten Telefonnummer bei Fragen melden. Es gibt zusätzlich eine Ernährungsberatung über die Firma GHD mit regelmäßigen Präsenzen im Haus.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Unsere Mitarbeiter:innen arbeiten nach dem Pflegemodell von Nancy Roper. (ATL`s) Die Bereichs- und Gruppenpflege kommt in einer modifizierten Form zur Anwendung, im Intensivbereich wird nach der Bezugspflege gearbeitet. In der Geriatrie finden strukturierte interdisziplinäre Teambesprechungen statt.
MP21	Kinästhetik	Fortbildungen zur Kinästhetik werden von qualifizierten Trainer:innen angeboten.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Geriatric: Toiletentraining, Miktionsprotokoll, Physiotherapie, physikalische Therapie, Hilfsmittelversorgung, instrumenteller Harnblasen-Langzeitdrainage, Beratungen für Patient:in oder Angehörige Eine qualifizierte Pflegefachkraft steht für Beratungen zur Verfügung (Urogynäkologie).
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Komplexe physikalische Entstauungstherapie mit manueller Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung.
MP25	Massage	Klassische Massage, auch modifiziert, Bindegewebsmassage, Friktionsmassage.
MP26	Medizinische Fußpflege	Auf Wunsch wird ein medizinische:r Fußpfleger:in ins Haus bestellt.
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Schulung von Patientinnen, Patienten und Ihren Angehörigen.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Einzeltherapie: KG auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. Bobath, PNF), Gangschulung, Atemtherapie, apparativ-gestützte Mobilisation, apparativ-gestütztes Kraft- und Kreislauftraining.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Betreuung durch abteilungsinterne Psychologin: Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Entspannungstraining; psychoonkologische Betreuung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Fortbildungen für Mitarbeiter:innen und Gäste. In der Geriatrie im Rahmen der physiotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapie.
MP37	Schmerztherapie/-management	Perioperative Schmerztherapie mit Pain Nurses, Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten, Schmerzvisite für der:die chronische:r Schmerzpatient:in
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	z. B. Sturzprophylaxe im Pflegedienst durch der:die Mitarbeiter:in Die Beratung der Angehörigen und Patienten erfolgt situationsbezogen. Es gibt in verständlicher Sprache Flyer zur Sturzprophylaxe.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Für die Wund- und Stomabehandlung, Inkontinenz und Onkolog. Pflege stehen ausgebildete Mitarbeiter:innen für die Beratung der:die Patient:in sowie deren Angehörigen zur Verfügung.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Logopädie und Sprachtherapie wird durch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einzeltherapie durchgeführt.
MP43	Stillberatung	Auf der Entbindungsstation erfolgt die Stillanleitung durch erfahrene Hebammen und Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie durch eine ausgebildete Pflegefachkraft.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Erfolgt durch ausgebildete Fachkräfte für Stomatherapie.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	An unserem Krankenhaus ist das Diako-Sanitätshaus ansässig. Durch die örtliche Nähe zum Sanitätshaus ist eine eingehende und zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet. „HomeCare Wundversorgung“ vor Ort bei Visiten dabei und Nachversorgung im amb. Bereich (Zusammenarbeit)
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Im Rahmen der physikalischen Therapie (u.a. lokale Eisbehandlung, Fangopackungen, Infrarot-Lichttherapie).
MP51	Wundmanagement	Behandlung chronischer Wunden, wie Ulcus cruris und Dekubitus, ist Schwerpunkt der Gefäßchirurgie, Allgemeine Chirurgie, Plastische Chirurgie und Angiologie. Die Versorgung erfolgt durch ausgebildete Wundmanager:innen.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird bei Bedarf durch den Sozialdienst vermittelt. Ein strukturiertes Überleitungsmanagement erweist sich ebenso hilfreich, wie Vorträge und Schulungen für Selbsthilfegruppen.
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeiterprobung	Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL setzen das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement um. In dem Konzept sind Regelungen zur Arbeitsbelastung beschrieben. Es finden Arbeitsplatzbegehungen durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit statt.

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar</b>
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Im Rahmen der physiotherapeutischen Einzeltherapie.
MP63	Sozialdienst	Sozialdienst berät Patientinnen und Patienten, Angehörige bei: 1. Häuslichen Hilfen, wie Vermittlung amb. Pflegedienst, 2. Kurzzeitpflege, Heimplatz, Hospiz, 3. Hilfsmittel, 4. Rehabilitation, 5. Anträge bei Pflegekasse, gesetzliche Betreuung.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Tage der offenen Tür, monatliche Patienten- Informationsveranstaltungen etc., Vorträge für Laien und Fachpersonal in und außerhalb des eigenen Hauses, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Es finden diverse Führungen mit Schulen und Erwachsenengruppen, sowie wöchentliche Kreißsaalführungen statt.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Strukturiertes Entlassmanagement, Patientinnen und Patienten werden beraten über stationäre und ambulante Nachsorgemöglichkeiten.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Findet in der Geriatrie statt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Findet in der Geriatrie statt.
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Kurse werden über die Elternschule durchgeführt. Unsere fest angestellten Hebammen sind auch in der Geburtsvorbereitung und - nachsorge tätig. Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit Beleghebammen.
MP36	Säuglingspflegekurse	Finden über die Elternschule statt.
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Finden über die Physiotherapie statt.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Findet in der Geriatrie statt.

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<a href="https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt">https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt</a>	Einbett-Zimmer mit besonderer Ausstattung und Service stehen für unsere Wahlleistungspatient:innen zur Verfügung.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<a href="https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt">https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt</a>	Zu all unseren Patient:innenzimmern gehört ein eigenes Bad mit Dusche und WC.  Zweibett-Zimmer mit besonderen Ausstattung und Service stehen für unsere Wahlleistungspatient:innen zur Verfügung.
NM07	Rooming-in	<a href="https://www.diako-kassel.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/geburtshilfe-und-praenatalmedizin">https://www.diako-kassel.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/geburtshilfe-und-praenatalmedizin</a>	Genießen Sie Ihren Aufenthalt in einem schönen Zweibettzimmer mit Dusche/WC, inklusive einer umfassenden individuellen Betreuung und Stillberatung durch unsere Schwestern und Hebammen. Ein 24-Stunden-Rooming-in ist mit Ihrem Baby selbstverständlich.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	<a href="https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/fuer-besucher">https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/fuer-besucher</a>	Begleitpersonen können im Bedarfsfall und nach Verfügbarkeit mit aufgenommen werden. Wenn ein:e Patient:in im Sterben liegt, wird den Angehörigen die Möglichkeit gegeben, jederzeit dabeizubleiben.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	<a href="https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/gruene-damen-und-herren">https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/gruene-damen-und-herren</a>	Regulär einbestellte Patientinnen und Patienten werden über das Aufnahme- und Ambulanzzentrum aufgenommen. Notfälle stellen sich in der Zentralen Notaufnahme vor. Erforderliche Begleitung erfolgt durch ehrenamtliche Helfer:innen der Grünen Damen und Herren oder durch die dort tätige Mitarbeiter:in.
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Auf allen Patient:innenzimmern stehen TV-Geräte und Telefone gegen einen kleinen Aufpreis zur Verfügung. Das WLAN ist im gesamten Haus kostenfrei.



Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM42	Seelsorge	<a href="https://www.diakonie-kassel.de/ihr-aufenthalt/seelsorge">https://www.diakonie-kassel.de/ihr-aufenthalt/seelsorge</a>	Seelsorger:innen stehen den Patient:innen, Mitarbeiter:innen und Angehörigen jederzeit zur Seite. Sie unterstützen in verschiedensten Situationen, sei es eine stille Geburt oder der Verlust eines geliebten Menschen. Das gesamte Team ist rund um die Uhr auch über eine Rufbereitschaft erreichbar.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	<a href="https://www.diakonie-kassel.de/ihr-aufenthalt/sozialdienst-und-pflegeueberleitung">https://www.diakonie-kassel.de/ihr-aufenthalt/sozialdienst-und-pflegeueberleitung</a>	Bei Bedarf oder auf Wunsch vermitteln der/die behandelnde Ärzt:in Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen. Unsere Klinik legt großen Wert auf ein umfassendes Informationsangebot hierzu und steht mit vielen Selbsthilfeorganisationen in engem Kontakt.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	<a href="https://www.diakonie-kassel.de/ueber-uns/aktuelles-und-veranstaltungen/veranstaltungen">https://www.diakonie-kassel.de/ueber-uns/aktuelles-und-veranstaltungen/veranstaltungen</a>	Es finden regelmäßig diverse Informationsveranstaltungen mit wechselnden Themen für Patient:innen statt. Am Tag der offenen Tür kann man sich über die einzelnen Fachabteilungen und deren Fachspektrum informieren.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	<a href="https://www.diakonie-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt">https://www.diakonie-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt</a>	Unsere Küche bietet ein umfangreiches Essensangebot für verschiedenste Ernährungsgewohnheiten an. Eine gesonderte Bestellung erfolgt direkt über die Serviceassistent:innen oder das Pflegepersonal auf den Stationen.
NM68	Abschiedsraum	<a href="https://www.diakonie-kassel.de/ihr-aufenthalt/seelsorge">https://www.diakonie-kassel.de/ihr-aufenthalt/seelsorge</a>	In unserem Raum der Zuversicht oder dem Abschiedsraum bieten wir Angehörigen die Möglichkeit, ihren geliebten Menschen zu begleiten oder sich vom ihm zu verabschieden. Die Räume sind Orte zum Warten, zur Besinnung und zum Abschiednehmen.

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
<b>Funktion</b>	Empfang /MAV
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Hartmut Deuermeier
<b>Telefon</b>	0561/1002-
<b>Fax</b>	0561/1002-
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:hartmut.deuermeier@agaplesion.de">hartmut.deuermeier@agaplesion.de</a>

## A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	Alle Patient:innenzimmer sind rollstuhlgerecht eingerichtet. Auch das Bad inkl. Dusche können mit einem Rollstuhl problemlos erreicht werden.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	Sämtliche Aufzüge im Gebäude sind rollstuhlgerecht sowohl innen als auch außen rollstuhlgerecht bedienbar.
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Im Erdgeschoss sowie in der 1. Etage wird jeweils eine rollstuhlgerechte Toilette für Besucher:innen vorgehalten.
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Storchenpiktogramm den Weg zu unserem Kreißsaal.</li> <li>- Notaufnahme</li> <li>- Toiletten</li> </ul>
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Verschiedene Hilfsgeräte und besondere Betten stehen für Patient:innen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße zur Verfügung.
BF25	Dolmetscherdienst	Ein Dolmetscherdienst kann, wenn dieser benötigt wird, hinzugezogen werden. Eine Einwilligung der Patient:in ist hierfür erforderlich.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	In unserer Klinik sind Mitarbeiter:innen aus verschiedensten Nationen tätig, die die Übersetzung bei der Behandlung sicherstellen können. Dolmetscherliste ist verfügbar.
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	Es liegt Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen aus, auch Flyer und Aufklärungsbögen können in mehreren Sprachen zur Verfügung gestellt werden (Englisch, Türkisch, Arabisch,...).
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Im Raum der Stille können Sie sich gerne einmal zurück ziehen, um zur Ruhe zu kommen. Hier können Sie eine Kerze anzünden oder sich ins Gebet versenken, Ihre Anliegen aufschreiben oder einfach die Stille erleben. Der Raum ist rund um die Uhr für Sie geöffnet.

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Der Haupteingang ist für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen problemlos erreichbar und zugänglich.
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF39	Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses	Auf der Homepage ist ein Hinweis zur Barrierefreiheit unseres Krankenhauses zu finden.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF24	Diätische Angebote	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Dozenturen/Lehrbeauftragte:  Frau Dr. med. E.Stegemann Herr Prof. Dr. med. B.Reith  Staatsexamprüfungen:  Frau Dr. med. E.Stegemann
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Praktisches Jahr: Kontakt über Herrn Dr. Soestmann. Famulatur in allen Fachabteilungen möglich. Kontakt über softgarden (Online-Bewerbung).
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Frau Priv. Doz. Dr. Emilia Stegemann (Universität Marburg) Herr Prof.Dr. med. Bernd Reith (Universität Göttingen)

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Frau Priv. Doz. Dr. med. Emilia Stegemann
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Frau Priv. Doz. Dr. med. Stegemann - Ärztliche Direktion/ Chefärztin Allgemeine Innere Medizin, Diabetologie und Angiologie Herr Prof. Dr. med. Reith - Chefarzt Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie
FL09	Doktorandenbetreuung	Frau Priv. Doz. Dr. med. Stegemann - Ärztliche Direktion/ Chefärztin Allgemeine Innere Medizin, Diabetologie und Angiologie Herr Prof. Dr. med. Reith - Chefarzt Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Ausbildungsvertrag zwischen dem Bereich physikalische Medizin und Fachschulen.
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	in Kooperation mit der Hochschule in Fulda. Die praktische Einsätze und Prüfungen finden in unserem Krankenhaus statt.
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	Kooperation mit der ASB, Rotes Kreuz, führen praktische Einsätze während der Ausbildung: Intensivstation, Anästhesie, Zentrale Notaufnahme, Geriatrie, Entbindungstation und auf den allgemeinen Pflegestationen
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Wir bilden Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner aus.

## A-9 Anzahl der Betten

Bedden	
Bedden	316

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	16884
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	11709
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 103,35

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	98,18	
Ambulant	5,17	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	102,66	
Nicht Direkt	0,69	

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 58,56

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	55,81	
Ambulant	2,75	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	57,87	
Nicht Direkt	0,69	

**Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,78

**Kommentar:** Auch Hygienebeauftragte Ärztin

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,52	
Ambulant	0,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,78	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,19

**Kommentar:** Hygienebeauftragte Ärztin



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,18	
Ambulant	0,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,19	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

## A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 212,83

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	211,58	
Ambulant	1,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	212,83	
Nicht Direkt	0	

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 8,08

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,08	
Nicht Direkt	0	

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 12,7

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,7	
Nicht Direkt	0	

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 13,68

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,68	
Nicht Direkt	0	

### Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 17,09

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,98	
Nicht Direkt	0,11	

### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 11,07

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,81	
Ambulant	0,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,07	
Nicht Direkt	0	

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 29,59

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,42	
Ambulant	14,17	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	29,59	
Nicht Direkt	0	

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** In der Küche sind Mitarbeiter:innen mit der entsprechenden Qualifikation beschäftigt.

#### SP22 - Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Kooperation mit externen Anbietern besteht, diese kommen auf Anforderung kurzfristig zum Patienten:innen.

#### SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

**Anzahl Vollkräfte:** 1

**Kommentar:** Kann bei Bedarf angefordert werden

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

#### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Es gibt für alle Abteilungen fest zugeordnete Mitarbeiter:innen des Sozialdienstes. Stellenanteile in anderen Bereichen zugeordnet.

#### **SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Mitarbeiter:innen aus den verschiedenen Fachabteilungen verfügen über die Fachweiterbildung als Wundmanager. Diese wird in der angegliederten Weiterbildungsstätte angeboten. Stellenanteile in anderen Bereichen zugeordnet.

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

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Stellenanteile in anderen Bereichen zugeordnet.

#### **SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Stomatherapeuten:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung. Stellenanteil in anderen Bereichen zugeordnet.

#### **SP17 - Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Oecotrophologin und Oecotrophologen sind fester Bestandteil des Behandlungsteams und stehen allen Abteilungen zur Verfügung. Stellenanteil in anderen Bereichen zugeordnet.

#### **SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Physiotherapeuten:innen sind fester Bestandteil des geriatrischen Behandlungsteams und stehen allen Abteilungen zur Verfügung. In der Klinik integrierter Kooperationspartner.



#### **SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Ergotherapeuten:innen sind fester Bestandteil der geriatrischen Behandlung, der geriatrischen Tagesklinik und stehen konsiliarisch den anderen Abteilungen zur Verfügung. In der Klinik integrierter Kooperationspartner.

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

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Logopäden:innen sind fester Bestandteil des geriatrischen Behandlungsteams und stehen konsiliarisch allen Abteilungen zur Verfügung.

#### **SP39 - Heilpraktikerin und Heilpraktiker**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Mitarbeiter:innen im Pflegebereich verfügen über eine Heilpraktikerausbildung.

#### **SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Physiotherapeuten:innen mit Ausbildung in Massage und Balneologie gehören zum Behandlungsteam. Mehrere Physiotherapeuten:innen haben eine Zusatzausbildung in Manueller Lymphdrainage.

#### **SP18 - Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädieschuhmacherin und Orthopädieschuhmacher**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Durch die Kooperation mit OTZ stehen Orthopädietechniker:innen und Orthopädieschuhmacher:innen täglich kurzfristig zur Verfügung.

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

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Mitarbeiter:innen aus dem Labor können hinzugezogen werden.

**SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Qualifikation ist durch fortgebildetes Personal im geriatrischen Behandlungssystem vorhanden.

**SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Kommentar:** Physiotherapeuten:innen sind fester Bestandteil und stehen allen Abteilungen zur Verfügung. In der Klinik integrierter Kooperationspartner.

**SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Der Sozialdienst ist fester Bestandteil des geriatrischen Behandlungsteams.

**SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Auf Station sind Mitarbeiter:innen mit der entsprechenden Qualifikation beschäftigt. Stellenanteil in anderen Bereichen zugeordnet.

**SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Sind fester Bestandteil des geriatrischen Behandlungsteams und stehen konsiliarisch allen Abteilungen zur Verfügung.

**SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Sind fester Bestandteil des geriatrischen Behandlungsteams und stehen konsiliarisch allen Abteilungen zur Verfügung.

**SP59 - Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)**

**Anzahl Vollkräfte:** -

**Kommentar:** Mitarbeiter:innen aus den verschiedenen Fachabteilungen verfügen über die Ausbildung. Stellenanteil in anderen Bereichen zugeordnet.

**SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

### A-12.1 **Qualitätsmanagement**

#### A-12.1.1 *Verantwortliche Person*

Eine Ansprechperson für das Qualitätsmanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. Unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten, ihrer Angehörigen, unserer Kooperationspartner aber auch der einweisenden Ärzte und Mitarbeiter, hat das Qualitätsmanagement eine fortlaufende Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in allen Bereichen zum Ziel. Dabei arbeitet die Qualitätsmanagementbeauftragte eng mit allen Mitarbeitenden und Führungskräften zusammen.

#### **Verantwortliche Person des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements**

<b>Funktion</b>	Qualitäts- und Risikomanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Jasmina Walz
<b>Telefon</b>	0561/1002-3450
<b>Fax</b>	0561/1002-3005
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:jasmina.walz@agaplesion.de">jasmina.walz@agaplesion.de</a>

#### A-12.1.2 *Lenkungsgremium*

#### **Lenkungsgremium**

<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interdisziplinäre Audit-Team Sitzung</li> <li>2. Jour Fixe mit der Geschäftsführung/Vorstand</li> <li>3. Betriebsleitungssitzung</li> <li>4. Expertenboard Prozess- und Qualitätsmanagement: Treffen aller Qualitätsmanagementbeauftragten konzernweit</li> <li>5. Expertenboard Risikomanagement</li> </ol>
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	quartalsweise

Ein Lenkungsgremium für das Qualitätsmanagement mit definierten Mitgliedern, Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist vorhanden.

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

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

## A-12.2 **Klinisches Risikomanagement**

### A-12.2.1 *Verantwortliche Person*

Eine Ansprechperson für das Risikomanagement mit klaren Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.

Eine Ansprechperson für die Patientensicherheit ist benannt.

In Fragen rund um das Risikomanagement steht unsere Risikomanagementbeauftragte allen beratend zur Seite. Ziel des Risikomanagements ist es, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen.

#### Angaben zur Person

**Angaben zur Person** Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

#### Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

**Funktion** Qualitäts- und Risikomanagement

**Titel, Vorname, Name** Frau Jasmina Walz

**Telefon** 0561/1002-3450

**Fax** 0561/1002-3005

**E-Mail** [jasmina.walz@agaplesion.de](mailto:jasmina.walz@agaplesion.de)

### A-12.2.2 *Lenkungsgremium*

#### Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

**Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe** Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

**Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich** 1. Basisteam kritische Meldungen: Ärzt:innen, Mitarbeitende: Pflege-, Funktions-, Verwaltungsdienst Besprechung von CIRS-Fällen / Fehlern  
2. AGAPLESION Lenkungsgruppe RM (2x jährlich) mit GFs, ZD Interne Revision und Compliance, ZD Prozess- und QM, ZD Medizinmanagement, Weiterentwicklung des RM

**Tagungsfrequenz des Gremiums** bei Bedarf

Ein Lenkungsgremium für das Risikomanagement mit definierten Mitgliedern, Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist vorhanden.

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

In unserer Einrichtung tagen CIRS-Basisteams, bestehend aus Mitgliedern der verschiedenen Professionen, Abteilungs- und Funktionsbereiche bei Bedarf. Das CIRS-Basisteam beschäftigt sich mit der Erfassung von Beinahe-Fehlern und kritischen Ereignissen sowie der Aufbereitung von Lösungsstrategien und Veränderung an Prozessen. Ein einrichtungsübergreifender Austausch zum Thema Risikomanagement findet durch den AGAPLESION CIRS Fall des Monats sowie halbjährliche Treffen der QMBs (AAB) der Einrichtungen statt.

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

- Geschäftsführer AGAPLESION ELISABETHENSTIFT; Risikomanager AGAPLESION
- Geschäftsführerin Krankenhausprojektgesellschaft Schaumburg
- Justiziarin AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN
- Leiterin Zentraler Dienst Interne Revision AGAPLESION
- Mitarbeiterin Zentraler Dienst Qualitätsmanagement AGAPLESION
  
- Leiter Zentraler Dienst Kaufmännisches Controlling AGAPLESION
- Leiterin Zentraler Dienst Qualitätsmanagement AGAPLESION
- Mitarbeiterin AGAPLESION Kompetenzzentrum Wohnen & Pflegen
- Geschäftsführer AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

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

### *A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen*

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	AGA Mitarbeiterbefragung 21.08.2020 AGA Meinungsmanagement 05.07.2021 AGA Audit 27.01.2021 AGA Qualitätspolitik 19.08.2020 AGA Externe Qualitätssicherung 11.11.2022 AGA Qualitätsbericht 19.06.2023 AGA Dokumentenmanagement 24.02.2021 AGA Interne Revision 21.04.2021 AGA CIRS 16.03.2021 AGA Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen 27.09.2022 AGA Patientensicherheit 21.01.2022 AGA Ideenmanagement 08.01.2021

			AGA Risikomanagement Übersicht Meldewege 24.02.2021
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		DKK Fort- und Weiterbildung AGA Dienstleistungsangebot e QMZ, QMT- Schulungen, Schulungen im Dokumentenmanagement roXtra, Audit- Schulungen, Schulungen im Bereich Risikomanagement und CIRS; Schulungen im Bereich Meinungsmanagement etc. E-Learning- Angebote für alle Mitarbeiter AGA Lernwelt- Pflichtfortbildungen AGA Führungstraining II
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung (AGA Mitarbeiterbefragung) haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	Manchester Triage-System MTS für Notfallpatienten (MTS Cockpit Q3 2022) Verschiedene Standards und Verfahrensanweisungen zum Notfallmanagement (z.B. Reanimation, Notfallrucksack, Notfallsectio, ZNA Statut, Schockraummanagement) AGA

			Patientensicherheit (Patientenidentifikation rmband)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	Standards zur perioperativen Schmerztherapie, zur Spinalanästhesie, zur multimodalen Schmerztherapie, Empfehlungen zum Wundschmerz, Angaben zum Schmerzmanagement in jedem Fachspezifischen Standard, Schmerzkonzept ZNA
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	Assessments zum Sturzrisiko, Standards zur Sturzprophylaxe
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege wird umgesetzt.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	Jede Fixierung ist für den Menschen ein schwer wiegender Eingriff in seine Würde, der Einsatz von Schutzmaßnahmen ist immer eine Beschränkung der im Grundgesetz garantierten Freiheitsrechte des Patienten. Fixierungen erfolgen im AGPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL nach den geltenden gesetzlichen Regelungen und Anordnung des behandelnden Arztes abgestimmt im Behand- lungsteam. Die Verfahrensanweisung Fixieren von Patienten und das Merkblatt zu freiheitsentziehenden Maßnahmen regeln die Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzung und



RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	der Vermeidung von Fehlern. AGA Meldung besonderer Vorkommnisse Medizinprodukte 26.07.2021 AGA AMTECH Anweisung für Anwender 26.07.2021 Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen und sonstigen Mängeln mit Medizinprodukten ist in den AGA Richtlinien und eigenen Verfahrensanweisungen zu den medizinischen Geräten geregelt. Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen und sonstigen Mängeln mit Medizinprodukten ist geregelt. In den Abteilungen sind Medizinproduktebeauftragte aus dem ärztlichen oder pflegerischen Dienst benannt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Qualitätszirkel	In unserer Einrichtung finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen statt. Hier arbeiten Fachleute aus unterschiedlichen Fachabteilungen zusammen, um Krankheitsgeschichten und Befunde zu besprechen. Ziel ist ein konstruktiver und kritischer Austausch zur eigenen Vorgehensweise. Zusätzlich finden Fallbesprechungen im Gefäßmedizinischen Arbeitskreis und im Kardiologischen Kolloquium statt. Die Root Cause Analysis erfolgt bei besonderen Fällen.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Wir setzen standardisierte Aufklärungsbögen ein,

			um unsere Patienten in die Lage zu versetzen Ihre medizinische Situation soweit zu verstehen, damit Sie eine fundierte Entscheidung über die ein-zuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitentscheiden können. Die Aufklärungsbögen sind von medizinischen Fachgesellschaften und Juristen freigegeben.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Durch eine systematische OP-Vorbereitung und festgelegte Kontrollpunkte während des ganzen Behandlungsprozesses (AGA Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen 19.06.20), wird ein reibungsloser Ablauf sichergestellt. Hierfür kommen standardisierte OP-Checklisten (AGA RISK-List 10.10.2018) zum Einsatz.
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	Hierfür kommen standardisierte OP-Checklisten (AGA RISK-List 10/2018) zum Einsatz.
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	z. B. AGA Patientenrechtegesetz Hierfür kommen standardisierte OP-Checklisten (AGA RISK-List 10/2018) zum Einsatz.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: AGA Patientensicherheit, AGA Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen in Zusammenhang mit Anwendung der standardisierten OP-Checkliste (AGA RISK-List). Datum: 31.03.2019	AGA Patientensicherheit 09.06.2021 AGA Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen in Zusammenhang 19.06.2020 mit Anwendung der standardisierten OP-Checkliste

			(AGA RISK-List 10/2018). Das Identifikationsarmband (AGA Patienten-Identifikationsarmband Umgang 11.03.2020) dient dazu, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen. Dies orientiert sich an der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebenen Handlungsempfehlung.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 01.03.2023	Standard Überleitung/Entlassungsmanagement. Ziel ist die Sicherstellung der bestmöglichen Weiterversorgung des Patienten unter Berücksichtigung seiner bio-psychozialen Gesamtsituation. z. B. AGA Fallbegleitete Kodierung / Casemanagement 02/2017

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	Halbjährlich
Verbesserung Patientensicherheit	Die Einrichtung hat die AGA Risk List vollständig umgesetzt. Es wurden Patientenidentifikationsarmbänder eingeführt. Es besteht ein Etikettierungssystem um Verwechslung von Spritzen zu vermeiden. Die Einrichtung verfügt über ein Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS). M&M Konferenzen Ein Beauftragter für Patientensicherheit ist benannt. Eine Bearbeitung der CIRS Fälle erfolgt durch CIRS- Basisteam. Prozesse werden optimiert und verbessert, um zukünftige Fehler zu vermeiden.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	01.05.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Halbjährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

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

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	externe Beratung
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	5	für die Bereiche: Anästhesie und Intensivmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Unfall- und Gelenkchirurgie, Allg. Chirurgie, Innere Abteilung (Gastro, Kardiol., und Angiol.),
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	2	Übernahme von Hycom ab 05/2023
Hygienebeauftragte in der Pflege	15	In allen Bereichen sind hygienebeauftragte Mitarbeiter:innen eingesetzt.

#### Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

#### Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Ärztliche Direktion
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Emilia Stegemann
Telefon	0561/1002-1600
Fax	0561/1002-1205
E-Mail	<a href="mailto:emilia.stegemann@agaplesion.de">emilia.stegemann@agaplesion.de</a>

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

##### 1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch  
Geschäftsführung/Hygienekom.  
autorisiert Ja

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

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch  
Geschäftsführung/Hygienekom.  
autorisiert Ja

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

##### Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene  
Resistenzlage angepasst Ja

Leitlinie durch  
Geschäftsführung/Arzneimittel-  
/Hygienekom. autorisiert Ja

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor Ja

##### 1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe Ja

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

3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

##### Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe Ja

e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion Ja

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Durch die zu Beginn der Coronapandemie herrschenden Lieferengpässe der Hersteller, Einkauf beim AGAPLESION LOGISTIK ZENTRUM über eine Sammelkostenstelle für die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL und die Verwendung der HDM Spenden anderer Hersteller bzw. HMSI Zuweisungen ist eine Zuordnung zu den Bereichen und damit korrekte Berechnung des Verbrauches nicht vollständig möglich.

Beim NRZ wurde unter dem Punkt „Verwaltung“ die Möglichkeit der Hand-KISS Erfassung 2020 unter Pandemiebedingungen installiert. Diese wurde von den AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL genutzt, um die Erfassung auch ohne korrekte Verbrauchszahlen sicherzustellen.

Daher haben wir im Qualitätsbericht 2020 auf den Mittelwert des erhobenen Vorjahres zurückgegriffen.

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch

###### Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	24,00 ml/Patiententag

###### Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	112,00 ml/Patiententag

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja
---	----

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

##### MRSA

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
---	----

Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
---	----

##### Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
---	----

##### Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja
---------------------------------	----



#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: Teilnahme am MRE-Netzwerk Nord- und Ostthessen	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Regelmäßige Schulungen durch interne und externe Referenten sowie E-Learning Module
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS OP-KISS	ITS-KISS
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Die Aufbereitung von Sterilgut erfolgt bei einem externen Anbieter, welcher gesetzlich verpflichtet ist, sich jährlich überprüfen zu lassen. Zertifikate liegen vor.

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Das Lob- und Beschwerdemanagement (AGA Meinungsmanagement), orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. Der AGAPLESION Konzern hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, weil dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (AGA Meinungsmanagement) vor.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Anregungen, Kritik oder Lob können Patient:innen, Angehörige, Besucher:innen und Kooperationspartner:innen gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber allen Mitarbeiter:innen äußern oder dies unseren Mitarbeiter:innen der Koordinationsstelle Meinungsmanagement anvertrauen. Die Kontaktdaten des Ansprechpartners sind zudem veröffentlicht, so dass eine Meinung auch telefonisch von Montag-Freitag (8:00-16:00 Uhr) mitgeteilt werden kann.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Für unsere Patient:innen, Angehörige, Besucher:innen und Mitarbeiter:innen sind an zentralen Orten der Klinik unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Sofern von den Patient:innen, Angehörige und Besucher:innen gewünscht, können Mitarbeiter:innen helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Die Rückmeldung an den Meinungsführer liegt innerhalb einer festgelegten Frist, sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt.

#### Regelmäßige Einweiserbefragungen

<b>Durchgeführt</b>	Ja
<b>Link</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/ueber-uns/qualitaet/qualitaetsmanagement">https://www.diako-kassel.de/ueber-uns/qualitaet/qualitaetsmanagement</a>
<b>Kommentar</b>	Um die Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus zu messen, finden regelmäßig Befragungen statt. Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzt:innen mit unseren Kliniken ist ein guter Indikator für die Qualität unserer Leistungen.

#### Regelmäßige Patientenbefragungen

<b>Durchgeführt</b>	Ja
<b>Link</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/ueber-uns/qualitaet/qualitaetsmanagement">https://www.diako-kassel.de/ueber-uns/qualitaet/qualitaetsmanagement</a>
<b>Kommentar</b>	Bei der Verbesserung unserer Prozesse orientieren wir uns an den Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen unserer Patient:innen. Deshalb führt unsere Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen zu unterschiedlichen Themenbereichen durch, wie z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeine Zufriedenheit (z. B. mit der Ausstattung und Verpflegung)</li> <li>- Schmerzmanagement</li> <li>- Geburtshilfe</li> <li>- Wartezeiten</li> <li>- usw.</li> </ul> Es erfolgt eine Nutzung der Ergebnisse von Befragungen der Krankenkassen in allen Fachbereichen.

#### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

<b>Möglich</b>	Ja
<b>Link</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsmanagement">https://www.diako-kassel.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsmanagement</a>
<b>Kommentar</b>	Unsere Homepage bietet die Möglichkeit über ein Kontaktformular eine digitale Abgabe Ihrer Meinung an. Ebenfalls haben wir für Patient:innen, Besucher:innen, Mitarbeiter:innen und Angehörige, Meinungsbögen "Ihre Meinung ist uns wichtig" ausgelegt. Anonyme Beschwerden können in die hierfür vorgesehenen Briefkästen an den Eingängen im Erdgeschoss eingeworfen oder per Post an unsere Koordinationsstelle Meinungsmanagement gesendet werden.

#### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

##### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

<b>Funktion</b>	Koordinationsstelle Meinungsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Jasmina Walz
<b>Telefon</b>	0561/1002-3480
<b>Fax</b>	0561/1002-3485
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:meinungen.dkk@agaplesion.de">meinungen.dkk@agaplesion.de</a>

## Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

[Link zum Bericht](#)

[Kommentar](#)

### A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

#### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

##### Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

##### Angaben zur Person

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

##### Verantwortliche Person AMTS

Funktion	Ärztliche Direktion
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Emilia Stegemann
Telefon	0561/1002-1600
Fax	0561/1002-1505
E-Mail	<a href="mailto:emilia.stegemann@agaplesion.de">emilia.stegemann@agaplesion.de</a>

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	1

##### Erläuterungen

Kooperation mit der Apotheke der Gesundheit Nordhessen Holding AG

#### A-12.5.4 *Instrumente und Maßnahmen*

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

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		Das ORBIS Cockpit Notaufnahme bietet die Möglichkeit, innerhalb von ORBIS den Patientenfluss zu steuern, die Kommunikation im interdisziplinären Behandlungsverlauf zu unterstützen und die berufsgruppenspezifische Dokumentation in die fortlaufende Krankengeschichte des Patienten zu übernehmen.
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs</li> <li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li> <li>- Aushändigung des Medikationsplans</li> <li>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li> </ul>	Die Digitalisierung und Vernetzung der Medikation im Krankenhaus-Informationssystem hilft Ärzten, ihre Medikamententherapie zu verbessern. ORBIS Medication dokumentiert die patientenbezogene Verabreichung durch das Pflegepersonal und unterstützt die Krankenhaus-Apotheke im Medikamentenmanagement.
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		KIS mit elektronischer Verordnung durch den behandelnden Arzt vorhanden. Orbis Medication seit 2022.
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		Medikamentengabedokumentation in KIS (Orbis Medication 2022)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallbesprechungen</li> <li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li> <li>- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)</li> <li>- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vier Augenprinzip beim Zusammenstellen der Medikation auf der Station</li> <li>-Verabreichung von Arzneimitteln erfolgt nach der 6R-Regel</li> <li>-Verwendung von Software zur Unterstützung der Arzneimitteltherapiesicherheit</li> <li>-Regelmäßiger Austausch zwischen Apotheke und Personal</li> <li>-Strukturiertes Entlassmanagement</li> </ul>
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		Digitaler Zugang z.B. Rote Liste, Gelbe Liste
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		Patienteninfomaterialien für chron. Erkrankungen sind vorhanden
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: DKK Optimaler Medikationsprozess Letzte Aktualisierung: 17.02.2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eine geeignete Arzneimitteltherapie</li> <li>2. Eine ordnungsgemäße Dokumentation</li> <li>3. Umgang mit Arzneimitteln</li> <li>4. Nebenwirkungen</li> <li>5. Sinn der Arzneimitteltherapie</li> <li>6. Arzneimittelsicherheit</li> <li>7. gesetzliche Vorgaben</li> <li>7. Medikamentenmissbrauch, Diebstahl, Fehlapplikation</li> <li>8. Umgang mit BTM</li> </ol>
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	Kooperation mit Apotheke GNH
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Letzte Aktualisierung: 01.03.2023	Richtlinie AGA Richten von Medikamenten DKK Optimaler Medikationsprozess

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Letzte Aktualisierung: 01.03.2023	
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		Durch die Mitarbeiter:innen der Kooperationsapotheke erfolgt die Schulung
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Orbis Medication	Pharmindex Plus kann zur Verordnungsunterstützung bei der Rezeptausstellung im KISS (Orbis) aufgerufen werden Es erfolgt keine automatische Fehlerkontrolle zwischen den Schnittstellen.

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

### Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

**Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?**

Ja

**Kommentar**

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Änderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie vom 16. Juli 2020 verfolgt das Ziel, Missbrauch und Gewalt vor allem gegenüber vulnerablen Patientengruppen, Bewohnergruppen, wie z.B. Kindern und Jugendlichen sowie u. a. psychiatrischen oder geriatrischen Patienten vorzubeugen, zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren.



### A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

#### Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt? Nein

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Bezüglich des Arbeitsplatzes "interventionelle Radiologie" wurde die Abteilung mit der neuesten Gerätegeneration der Angiographie und interventionellen Radiologie ausgestattet. Es steht ein Artis-DTA-Gerät mit moderner Detektoren-Technik und ein Artis - MP-Gerät zur Verfügung.
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Eine EEG Überwachung wird auch für die Narkose und auf der Intensivstation angeboten.
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	Dies ist auch im Rahmen des intraoperativen Monitorings möglich.
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Alle modernen Methoden des Nierenersatzes inklusive der Citratdialyse stehen 24h/365 Tg. auf der Intensivstation zur Verfügung.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	in Kooperation mit einer niedergelassenen Radiologischen Praxis am AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN 24h.
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung /Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Fachbereich Gynäkologie
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Die Beatmungstherapie ist sowohl mit nichtinvasiven Methoden (NIV) als auch mit allen modernen invasiven Methoden möglich
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	
AA18	Hochfrequenzthermotherapie gerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Zur Behandlung von Lebermetastasen etc.
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	In ausgewählten Fällen steht eine ECMO (Extrakorporale Membran Oxygenation) zur Verfügung
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Zertifizierte Chest Pain Unit (CPU) gemäß Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

#### Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Zugeordnete Notfallstufe	Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

#### Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt

Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

#### Nr. Module der Speziellen Notfallversorgung

SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)
------	--

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

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

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

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

### **B-1 Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung**

##### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3751
<b>Art</b>	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit



*Abbildung 1 Herr Dr. Reinhardt*

#### **Ärztliche Leitung**

##### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt der Radiologie
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. med. Martin Reinhardt
<b>Telefon</b>	0561/1002-1710
<b>Fax</b>	0561/1002-1725
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:sekretariat.radiologie.dkk@agaplesion.de">sekretariat.radiologie.dkk@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

Kooperationspartner Radiologie - Baunatal  
in den AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL gGmbH, Neubau Diakonissen-Krankenhaus  
Schwerpunkte: Kernspintomographie, Computertomographie  
Telefon: 05601 / 9687-0  
Fax: 05601 / 9687-70

URL: [www.radiologie-baunatal.de](http://www.radiologie-baunatal.de)  
E-Mail: [gp@radiologie-baunatal.de](mailto:gp@radiologie-baunatal.de)

## B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

## B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR00	Moderne Halbleiterdetektoren in Röntgen und DSA, digitale Datenverarbeitung und Datensicherung mit Befund- und Bildarchiv (RIS / PACS / KIS)	Reduktion der Strahlenexposition durch moderne Halbleiter-Detektortechnik/Speicherfolien, digitale Nachbearbeitung und Archivierung (PACS), Bilder/Befunde stehen im KIS (ORBIS) direkt nach Untersuchung/Befunderstellung, tägliche Röntgendemonstrationen, Bildermitgabe erfolgt CD/DVD/Papierausdruck
VR00	TOS- Diagnostik	DSA der arteriellen und venösen Gefäße der oberen Thorax-Apertur bds., arteriell über Katheter im re. Vorhof, venös über Katheter bzw. Zugang in V. brachialis.
VR00	Darstellung und Rekanalisation eines Dialyseshunt	Darstellung eines Dialyseshunt, bei Verschluss oder Stenose Rekanalisation, PTA.
VR00	CT- und ultraschallgesteuerte Mikrowellenablation und Radiofrequenzablation	Therapie von Tumoren oder Metastasen in Leber, Nieren und Lungen mittels Mikrowellenablation oder Radiofrequenzablation im CT unter sonographischer Kontrolle.
VR00	Ganzbeinstandaufnahme	Ganzbeinstandaufnahme zur Beurteilung der Beinachse vor und nach Knie-TEP.
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	Röntgendiagnostik aller Organsysteme einschließlich spezieller Durchleuchtungsverfahren in digitaler Technik.
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	z. B. Ösophagographie, Gastrographie, Magen-Darm-Passage, Kolonkontrasteinlauf, Urographie, Zystographie, Phlebographie, Darstellung von Fisteln, Drainage-Darstellung.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR10	Computertomographie (CT), nativ	Spiralcomputertomographie aller Körperregionen, prinzipiell werden Dosis-sparende CT-Protokolle sowie multiplanare Rekonstruktionen, 3D-Rekonstruktion bei besonderen Fragestellungen.
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	Spiralcomputertomographie aller Körperregionen, es werden ausschließlich hypoosmolare Kontrastmittel (KM) verwendet, optimierte KM-sparende CT-Protokolle, individuelle Anpassung des CT-Protokolls und der KM-Menge .
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	Kardio-CT mit CT-Koronarangiographie, Koronarkalk-Scoring, CT-Angiographie, Low-Dose-CT, CT-gesteuerte Schmerztherapien, CT-gesteuerte Punktionen und Drainageanlagen.
VR15	Arteriographie	Digitale Subtraktionsangiographie, Übersichts-Angiographie Becken-Beine, selektive Angiographie, TOS-Diagnostik.
VR16	Phlebographie	Venendarstellung der Arme, Beine und des Körperstammes.
VR17	Lymphographie	Darstellung der Lymphgefäße und der Lymphknoten einer Extremität bzw. retroperitoneal und mediastinal mit einem lymphgängigen Kontrastmittel über ein peripheres Lymphgefäß (Fußrücken).
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	MRT von Kopf, Wirbelsäulenabschnitten und Gelenken.
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Zusätzliche MRT-Sequenzen nach i.v. Kontrastmittel bei entsprechenden Fragestellungen (entzündlicher Prozess, Tumor-Diagnostik)
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	Gefäßdarstellungen mit und ohne Kontrastmittel, MRT Oberbauch, MRT Nieren, MRT-Sellink.
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	Bestimmung der Knochendichte mit CT
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Auswertung an Workstations mit multiplanaren Rekonstruktionen und Darstellung in 3D-Visualisierungs.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	Auswertung dynamischer Untersuchungen an Workstations mit 4D-Auswertung, Erstellung von Zeitaktivitätskurven, dynamische 3D-Darstellung.
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	Intraoperative Gefäßdarstellung in Kooperation mit der Gefäßchirurgie und Allgemeinchirurgie
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	Quantitative Bildanalyse an Workstations, Erstellung
VR41	Interventionelle Radiologie	Perkutane-transluminale Dilatationen (PTA), Stentimplantationen, Thrombektomie, lokale Lysetherapie, Gefäßembolisationen mit Partikeln und Coils, CT-gesteuerte Punktion und Drainageanlage.
VR47	Tumorembolisation	Selektive transarterielle Tumorembolisation von Tumoren oder Metastasen z.B. in Leber, Nieren oder Prostata oder von Uterusmyomen mit Partikeln oder/und Coils. Selektive transarterielle Chemoembolisation (TACE) von Leberherden bei HCC, CCC und anderen malignen Tumoren.

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

Die Fallzahlen werden den entlassenden Fachabteilungen zugerechnet.

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Radiologie	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Arteriographie (VR15)
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
Angebotene Leistung	Ganzbeinaufnahme (VR00)
Angebotene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angebotene Leistung	Intraoperative Anwendung der Verfahren (VR28)
Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angebotene Leistung	Phlebographie (VR16)
Angebotene Leistung	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)
Angebotene Leistung	Tumorembolisation (VR47)

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

Trifft nicht zu.

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

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

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,13



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,93	
Ambulant	0,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,56	
Nicht Direkt	0,57	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0**

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte: 2,75**

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,63	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,18	
Nicht Direkt	0,57	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0**

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

**Anzahl: 0**

**Anzahl stationäre Fälle je Person: -**

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ44	Nuklearmedizin
AQ54	Radiologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

**Kommentar:** Mitarbeiter:innen mit der Berufsbezeichnung MTRA und MTA sind in der Radiologie beschäftigt, diese Qualifikationen stehen für den Qualitätsbericht nicht zur Auswahl.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Mitarbeiter:innen mit der Berufsbezeichnung MTRA und MTA sind in der Radiologie beschäftigt, diese Qualifikationen stehen für den Qualitätsbericht nicht zur Auswahl.
Ambulant	0	Mitarbeiter:innen mit der Berufsbezeichnung MTRA und MTA sind in der Radiologie beschäftigt, diese Qualifikationen stehen für den Qualitätsbericht nicht zur Auswahl.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	Mitarbeiter:innen mit der Berufsbezeichnung MTRA und MTA sind in der Radiologie beschäftigt, diese Qualifikationen stehen für den Qualitätsbericht nicht zur Auswahl.
Nicht Direkt	0	Mitarbeiter:innen mit der Berufsbezeichnung MTRA und MTA sind in der Radiologie beschäftigt, diese Qualifikationen stehen für den Qualitätsbericht nicht zur Auswahl.

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Im Fachbereich MTRA 6,5 gesamt beschäftigt

### *B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:      Nein

## **B-2            Klinik für Innere Medizin -Gastroenterologie**

### **B-2.1           Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung**

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Innere Medizin -Gastroenterologie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	0700 0706
<b>Art</b>	Hauptabteilung



*Abbildung 2 - Herr Dr. Soestmann*

## Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. med. Hubert Soestmann
<b>Telefon</b>	0561/1002-1650
<b>Fax</b>	0561/1002-1655
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Huber.Soestmann@agaplesion.de">Huber.Soestmann@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

## B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen

## B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	z.B. M.Crohn, Colitis ulcerosa, Peutz-Jeghers-Syndrom, familiärer Polyposis, HNPCC; Magentumoren, Dickdarmtumoren, Abtragung großer oder schwierig zugänglicher Polypen im Magen oder Darm, infektiöse Darmerkrankungen, Anlage und Entfernung von PEG`s
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Ultraschallgesteuerte Punktion der Leber/Bauchspeicheldrüse, Kontrastmittelverstärkter Ultraschall, ERCP (Darstellung der Gallen- u. Bauchspeicheldrüsengänge), Entfernung v. Gallengangssteinen, Einlage v. Prothesen in Gallen- u. Bauchspeicheldrüsengang, endoskopische Punktion, Drainage v. Pankreaszysten
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	z. B. Diagnostik und Therapie von Magenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Dickdarmkrebs

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VI35	Endoskopie	

## B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2005
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	A09	142	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
2	K29	131	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
3	R10	112	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
4	K59	110	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
5	D12	90	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters
6	K80	72	Gallensteinleiden
7	K83	64	Sonstige Krankheit der Gallenwege
8	K22	55	Sonstige Krankheit der Speiseröhre
9	K21	54	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft
10	K57	51	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
11	K92	51	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes
12	K31	46	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
13	K55	46	Krankheit der Blutgefäße des Darms
14	D50	44	Blutarmut durch Eisenmangel
15	C78	36	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen

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

## B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1321	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-650	821	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
3	1-440	798	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
4	9-984	724	Pflegebedürftigkeit
5	3-990	503	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	5-469	453	Sonstige Operation am Darm
7	5-513	440	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
8	5-452	426	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
9	3-993	414	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit
10	3-225	305	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
11	3-035	244	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
12	8-800	210	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
13	1-444	196	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
14	1-640	169	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
15	3-222	148	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel

### B-2.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

## B-2.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### Ambulanz Dr. Sostmann

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	für alle gastroenterologischen Erkrankungen
<b>Angebotene Leistung</b>	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (VI43)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoskopie (VI35)

### Gastroskopie, Coloskopie, H2 Atemtest, Ultraschall

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Gastroskopie, Coloskopie, H2 Atemtest, Ultraschall, 24H-ph-Metrie, HR-Manometrie des Ösophagus und des Ano-Rektums. Technisch schwierige Endoskopie oder Endoskopie bei Begleiterkrankungen, Einholung einer zweiten Meinung.

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	415	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	5-452	249	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
3	1-444	24	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
4	1-440	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
5	1-640	< 4	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
6	5-429	< 4	Sonstige Operation an der Speiseröhre
7	5-513	< 4	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung

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

### Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,67

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,33	
Ambulant	0,34	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 214,89818

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,54

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,34	
Ambulant	0,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 375,46816

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF28	Notfallmedizin
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

**B-2.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 22,26



**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,13	
Ambulant	0,13	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,26	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 90,60099

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,84

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,84	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 2386,90476

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,33

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1507,5188

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,43

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,43	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,43	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1402,0979

### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,16

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,13	
Ambulant	0,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,16	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1774,33628

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 3,09

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,61	
Ambulant	1,48	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,09	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1245,34161

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung
PQ01	Bachelor

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP16	Wundmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP01	Basale Stimulation
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP24	Deeskalationstraining
ZP29	Stroke Unit Care
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

### *B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:** Nein

## B-3 Klinik für Innere Medizin - Kardiologie und Rhythmologie

### B-3.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Innere Medizin - Kardiologie und Rhythmologie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	0300
<b>Art</b>	Hauptabteilung



Abbildung 3 - Herr Dr. Müller-Engelmann

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt seit Q1/2023
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. med. Jens Mueller-Engelmann
<b>Telefon</b>	0561/1002-1110
<b>Fax</b>	0561/1002-1105
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Jens.Mueller-Engelmann@agaplesion.de">Jens.Mueller-Engelmann@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

#### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. med. Ole Alexander Breithardt
<b>Telefon</b>	0561/1002-1111
<b>Fax</b>	0561/1002-1105
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:sekretariat.kardiologie.dkk@agaplesion.de">sekretariat.kardiologie.dkk@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

### B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC05	Schrittmachereingriffe	sämtliche Schrittmacher Systeme inklusive CRT-P und MICRA
VC06	Defibrillatoreingriffe	sämtliche Defibrillator Systeme inklusives CRT-D und S- ICD
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA), Stentimplantation, Akut-PCI bei Infarkt ; Koronar-CT in Kooperation mit der Radiologie Echokardiographie, Stress - Echokardiographie
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Rechtsherzkatheter, Einschwemmkatheter, Spirometrie
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Herzklappenfehler, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Schrittmacherbehandlung, Kardiomyopathien, ICD-/CRT-Implantation., Implantation von PFO, ASD und LAA Occludern ; Perikardpunktionen und Perikarddrainagen
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI20	Intensivmedizin	interdisziplinär, beteiligte Fachabteilungen: Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin (Angiologie, Kardiologie, Gastroenterologie), Gefäßchirurgie, Allgemeinchirurgie, Unfall- und Gelenkchirurgie, Gynäkologie. Kardiologische Intensivstation mit Überwachungs- und Beatmungsmöglichkeit.
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI27	Spezialprechstunde	Sprechstunde für Schrittmacher- und AICD-(implantierbare Defibrillatoren) Kontrollen für Privatpatienten
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	inklusive EPU, PVI, CTI, 3-D Mapping gesteuerte Ablation von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Beratung bei und Abklärung von Gerinnungsstörungen, die Thrombosen begünstigen
VI34	Elektrophysiologie	Intrakardiales EKG, Überstimulation, Kardioversion, Elektrophysiologische Untersuchung, Ablation von supraventrikulären und ventrikulären Rhythmusstörungen und Pulmonalvenenisolation.
VI40	Schmerztherapie	In Kooperation mit den Schmerztherapeuten.
VR02	Native Sonographie	Durchführung in den internistischen Leistungen, incl. Punktionen.
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Durchführung in den internistischen Abteilungen
VR04	Duplexsonographie	häufig erster diagnostischer Schritt, jederzeit verfügbar Durchführung in den internistischen Abteilungen"
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	TTE und TEE mit Kontrastmittel

### B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1751
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## **B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

### *B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD*

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	339	Herzschwäche
2	I48	299	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
3	I10	239	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
4	I21	161	Akuter Herzinfarkt
5	I20	114	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
6	R07	97	Hals- bzw. Brustschmerzen
7	R55	71	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
8	I25	52	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
9	I49	41	Sonstige Herzrhythmusstörung
10	R00	33	Störung des Herzschlages
11	I11	30	Bluthochdruck mit Herzkrankheit
12	I47	28	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
13	I44	27	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock
14	E86	15	Flüssigkeitsmangel
15	I42	15	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache

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

## **B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### *B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	657	Pflegebedürftigkeit
2	1-275	513	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
3	8-837	422	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße
4	8-930	335	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	8-83b	333	Zusatzinformationen zu Materialien
6	3-990	233	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
7	9-401	206	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
8	1-266	181	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
9	8-640	170	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation
10	3-200	166	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
11	3-052	137	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
12	3-224	105	Computertomographie (CT) des Herzens mit Kontrastmittel



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	8-933	88	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
14	3-222	81	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
15	1-632	76	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung

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

## **B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Ambulanz Privatpatienten Kardiologie**

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Defibrillatoreingriffe (VC06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schrittmachereingriffe (VC05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VI27)

### **Sprechstunde für Privatpatienten in der Kardiologie**

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Defibrillatoreingriffe (VC06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen (VK01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Elektrophysiologie (VI34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schrittmachereingriffe (VC05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VI27)

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-378	12	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators
2	1-275	< 4	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)

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

#### Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

### B-3.11 Personelle Ausstattung

#### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,32

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,2	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,2	
Nicht Direkt	0,12	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 213,53659

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,54

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,49	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,42	
Nicht Direkt	0,12	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 501,7192

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

*B-3.11.2 Pflegepersonal*

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 20,89

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,77	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,89	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 84,30429

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,79

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,79	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 2216,4557

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,25

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1400,8

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,34

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,34	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1306,71642

### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,09

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,06	
Ambulant	0,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,09	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1651,88679

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,9

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,51	
Ambulant	1,39	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,9	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1159,60265

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung
PQ01	Bachelor

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP16	Wundmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP01	Basale Stimulation
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP24	Deeskalationstraining
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP29	Stroke Unit Care
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

### *B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:** Nein

## B-4 Klinik für Innere Medizin Akutgeriatrie und Frührehabilitation mit Geriatrischer Tagesklinik

### B-4.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Innere Medizin Akutgeriatrie und Frührehabilitation mit Geriatrischer Tagesklinik
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	0200 0102 0260
<b>Art</b>	Hauptabteilung



Abbildung 4 Herr Dr. Krug

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt seit Q1/2023
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. med. Michael Krug
<b>Telefon</b>	0561/1002-1015
<b>Fax</b>	0561/1002-1005
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:sekretariat.geriatrie.dkk@agaplesion.de">sekretariat.geriatrie.dkk@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>



## B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG                      Keine Vereinbarung geschlossen

## B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie, Herzkatheter. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie, Ergometertraining. Gefäßerweiterungen (PTCA mit und ohne Stent) in der kardiologischen Abteilung unseres Hauses.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Transthorakale und transoesophageale Echokardiographie, EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG. Medikamentöse Therapie, Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Periphere Dopplersonographie, Angiographie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, physik. Therapie. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. PTA mit und ohne Stent, Auflösung von Blutgerinnseln über Gefäßkatheter und Gefäßoperationen im Gefäßmedizinischen Zentrum des Hauses.
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Venen-Kompressions-Duplexsono, Phlebographie. Medikamentöse Therapie von Thrombosen und Venenentzündungen. Physiotherapie und physikalische Therapie Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kraniales CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnversorgenden Gefäße. Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Langzeitblutdruckmessung, Echokardiographie, Röntgen, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, physikalische Therapie, Ernährungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie.
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	Sonographie einschl. Duplexsonographie der Nierengefäße, Angiographie, CT, MRT. Hämodialyse über assoziierte Dialysepraxis.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	U. a. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Vitaminmangelzustände und Malnutrition. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Ultraschall- und Laboruntersuchungen. Medikamentöse Behandlung. Behebung von Mangelzuständen.
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Sono, Röntgen, CT, Labor, in Kooperation mit der Abteilung Gastroenterologie, endoskopische Untersuchungen. Medikamentöse Therapie, endoskopische Eingriffe (Abteilung für Gastroenterologie), operative Eingriffe (Abteilung für Chirurgie). Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Sonographie, Röntgen, CT, Laboruntersuchungen, in Kooperation mit der Abteilung für Gastroenterologie endoskopische Untersuchungen. Medikamentöse Therapie, endoskopische Eingriffe (Abteilung für Gastroenterologie), operative Eingriffe (Abteilung für Chirurgie).
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Sonographie, CT.
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Labor, Sonographie, CT. Medikamentöse Therapie, ggf. operative Behandlung in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, Spirometrie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie (insbes. Atemgymnastik), physikalische Therapie (insbesondere Vibrax-Klopfmassage und Inhalationen), Ergotherapie.
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Sonographie, Röntgen, CT. Medikamentöse Therapie, diagnostische und therapeutische Punktionen, Physiotherapie, physikalische Therapie. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	Labor, Röntgen. Medikation, Physiotherapie, physikalische Therapie.
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Geriatrische Frührehabilitation unterschiedlicher onkologischer Erkrankungen.
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Antimikrobielle Chemotherapie.
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	Im Rahmen der Behandlung geriatrisch-gerontopsychiatrischer Patienten (geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung, psychologische und psychosoziale Interventionen).
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie. Medikamentöse Therapie. Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie in der kardiologischen Abteilung unseres Krankenhauses.
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	In Kooperation mit einem assoziierten ambulanten Schlaflabor, Screening auf der Station.
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI38	Palliativmedizin	Im Rahmen der geriatrischen Behandlung: palliativmedizinisches Assessment, medikamentöse und nicht-medikamentöse (Physiotherapie, physikalische Therapie) Schmerztherapie, psychologische und seelsorgerische Betreuung.
VI39	Physikalische Therapie	Im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung und als begleitende Rehabilitation auf den internistischen, chirurgischen und gynäkologischen Stationen (u. a. Massage, Manuelle Lymphdrainage, Wärme- und Kältetherapie, Elektrotherapie, Ultraschalltherapie, Inhalationen).
VI40	Schmerztherapie	Medikamentöse und nicht-medikamentöse (Physiotherapie, physikalische Therapie) Schmerztherapie. Spezielle Schmerztherapie in Kooperation mit einer Schmerzpraxis an unserem Krankenhaus.
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	In Kooperation mit der gastroenterologischen Abteilung der Diakonie Kliniken kann eine umfassende Diagnostik von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vorgenommen werden. Endoskopien, Funktionsuntersuchungen, CT und MRT-Untersuchungen.
VI44	Geriatrische Tagesklinik	Geriatrische Tagesklinik siehe Standort Diakonissen-Krankenhaus.
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kraniales CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnversorgenden Gefäße. Labor. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physik. Therapie, Ergo. PTA Gefäßoperationen im Gefäß-Zentrum.
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Im Zentrum für Altersmedizin in den Diakonie Kliniken findet die stationäre und ambulante gerontopsychiatrische Betreuung, sowie geriatrische Komplexbehandlung voll- und teilstationär statt.
VI35	Endoskopie	

#### **B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Aufgrund fehlender Chefarzt Besetzung wurden die geriatrischen Patienten in den anderen fachabteilungen versorgt. Seit dem 01.01.2023 wurde die Stelle wieder neu besetzt und kann im folgenden Berichtsjahr in der Fachabteilung Geriatrie abgebildet werden.

<b>Fallzahlen</b>	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	0
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

#### **B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu.

#### **B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu.

#### **B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Internistische Geriatrische Privatambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Palliativmedizin (VI38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Physikalische Therapie (VI39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schmerztherapie (VI40)

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

Trifft nicht zu.

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

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

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

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:** Nein

## B-5 Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Diabetologie und Angiologie

### B-5.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Diabetologie und Angiologie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	0100 0108 0153
<b>Art</b>	Hauptabteilung



Abbildung 5 - Frau Dr. Stegemann

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Ärztliche Direktion
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Priv. Doz. Dr. med. Emilia Stegemann
<b>Telefon</b>	0561/1002-1610
<b>Fax</b>	0561/1002-1505
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:sekretariat.angiologie.dkk@agaplesion.de">sekretariat.angiologie.dkk@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

## B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG                      Keine Vereinbarung geschlossen

## B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Herzklappenfehler, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Schrittmacherbehandlung, Kardiomyopathien, ICD-/CRT- Implantation.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Gefäßzentrum Doppler-Druck-Messung, Laufbandergometrie, Duplexsonographie peripherer Arterien, Angiographie (konventionell und MR-Angio) und perkutane transluminale Angioplastie u. Lyse, Kapillarmikroskopie"
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Gefäßzentrum Venenschlussplethysmographie, Phlebodynamometrie, Duplexsonographie, Phlebographie konventionell und in DSA-Technik"
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Computertomographie, MRT, Duplexsonographie, PTA und Stent der A. carotis
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Duplexsonographie der Nierenarterien, PTA und Stentimplantation in Nierenarterien
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	z. B. Knochenmarkspunktionen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	z. B. Diagnostik und Therapie von Magenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Dickdarmkrebs
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI20	Intensivmedizin	interdisziplinär, beteiligte Fachabteilungen: Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin/Angiologie, Innere Medizin/Kardiologie, Innere Medizin/Gastroenterologie, Gefäßchirurgie, Allgemeinchirurgie, Gynäkologie. Kardiologische Intensivstation mit Überwachungs- und Beatmungsmöglichkeit.
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI27	Spezialsprechstunde	Sprechstunde für Gefäßerkrankungen
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	z.B. eitrige Cholangitis, systemische Wundinfektionen und Pneumonien
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	z.B. Autoimmunhepatitis, Vaskulitis und Autoimmunerkrankungen (Gefäßmedizin)
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Beratung bei und Abklärung von Gerinnungsstörungen, die Thrombosen begünstigen
VI38	Palliativmedizin	z. B. Dilatation oder Bougierung (Erweiterung) von Engstellen sowie Stenteinlagen in Speiseröhre, Magen, Duodenum, Gallengang, Dickdarm. Anlage von PEG's und JET-PEG's als Ernährungs- oder Ablaufsonde. Lokale Tumorverkleinerung mit dem Argon-Plasma-Beamer APC.
VI40	Schmerztherapie	In Kooperation mit den Schmerztherapeuten.
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VR00	modernste Technik mit digitalem Befund- und Bildarchiv	
VR02	Native Sonographie	Durchführung in den internistischen Leistungen, incl. Punktionen.
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Durchführung in den internistischen Abteilungen.
VR04	Duplexsonographie	häufig erster diagnostischer Schritt, jederzeit verfügbar. Durchführung in den internistischen Abteilungen.
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	Nachsorge von endovaskulären Aortenprothesen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	MRT Sellink bei z.B. M. Crohn oder unklaren Dünndarmerkrankungen vor einer Enteroskopie.
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	MRCF bei unklaren Veränderungen der Gallen-oder Pankreasgänge vor einer ERCP.
VI35	Endoskopie	

## B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2349
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E86	187	Flüssigkeitsmangel
2	N39	161	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
3	J44	137	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
4	J18	127	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
5	I50	117	Herzschwäche
6	I70	102	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
7	E11	89	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
8	J12	89	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
9	A46	83	Wundrose - Erysipel
10	I26	77	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie
11	J20	73	Akute Bronchitis
12	I48	56	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
13	N17	52	Akutes Nierenversagen
14	A41	47	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)
15	J06	46	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege

**B-5.6.2** *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

**B-5.7** **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

**B-5.7.1** *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	1391	Pflegebedürftigkeit
2	3-990	349	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
3	9-401	341	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
4	8-98g	320	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
5	8-930	236	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
6	3-200	207	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
7	8-83b	183	Zusatzinformationen zu Materialien
8	3-222	163	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
9	8-836	123	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
10	3-225	74	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
11	8-831	73	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
12	8-800	69	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
13	1-632	67	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
14	8-706	67	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung
15	3-993	63	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit

**B-5.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

**B-5.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Privatambulanz PD Dr. Stegemann	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)

#### Ambulanz PD Dr. Stegemann, Dr. Haider

<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
<b>Kommentar</b>	Diagnostik und Therapie von Pat. mit Gefäßerkrankungen
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)

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

Trifft nicht zu.

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

#### Zulassung vorhanden

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

### B-5.11 Personelle Ausstattung

#### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,72

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,2	
Ambulant	0,52	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 286,46341

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,94

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,7	
Ambulant	0,24	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 634,86486

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und Angiologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF28	Notfallmedizin

#### B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 34,89

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	34,69	
Ambulant	0,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	34,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 67,71404

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,32

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1779,54545

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,08

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,08	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1129,32692

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,24

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,24	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1048,66071

### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,81

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,77	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,81	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1327,11864

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,85



### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,53	
Ambulant	2,32	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,85	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 928,4585

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung
PQ01	Bachelor

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP16	Wundmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP01	Basale Stimulation
ZP15	Stomamanagement
ZP18	Dekubitusmanagement

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP19	Sturzmanagement
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP29	Stroke Unit Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP24	Deeskalationstraining

**B-5.11.3** *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:**      Nein

## B-6 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

### B-6.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	1500 0100 0151
<b>Art</b>	Hauptabteilung



Abbildung 6 - Herr Prof. Dr. Reith

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Prof. Dr. med. H. Bernd Reith
<b>Telefon</b>	0561/1002-1810
<b>Fax</b>	0561/1002-1805
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:sekretariat.allgemeinchirurgie.dkk@agaplesion.de">sekretariat.allgemeinchirurgie.dkk@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.diako-kassel.de">http://www.diako-kassel.de</a>

Herr Prof. Dr. med. Bernd Reith ist Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie.

Struktur der Abteilung:

Die Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie gliedert sich auf in eine Klinik für Viszeralchirurgie und eine belegärztliche Abteilung mit den Disziplinen Proktologie und Plastische Operationen.

In der Viszeralchirurgie werden alle Eingriffe der Viszeralchirurgie inclusive Ösophagus- und Magenoperationen, komplexe Operationen an Leber und Pankreas, sowie die gesamte Kolon- und Rektumchirurgie durchgeführt. Ein überwiegender Anteil wird in minimal-invasiver Technik durchgeführt.

Eine Zertifizierung als Kompetenzzentrum für Kolo-Proktologie ist im August 2015 erfolgreich erworben worden. Die Rezertifizierung wurde erfolgreich in November 2019 bestanden.

Als neuer Schwerpunkt kommt die Adipositaschirurgie ab 2016 hinzu. Am 16.07.2019 wurde das Siegel für Qualitätsgesicherte Hernien-Chirurgie erworben.

In der Zusammenarbeit mit einer niedergelassenen Proktologin werden ca. 250 proktologische Operationen angeboten.

## B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG                      Keine Vereinbarung geschlossen

## B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC00	Hernienzentrum	Alle Arten von Hernien werden operiert, auch in minimal-invasiver Technik. Alle Formen von Bauchwandhernien können auch in minimal-invasiver Technik operiert werden.
VC00	Sonstige im Bereich Chirurgie	Alle minimal-invasiven Operationsverfahren sind etabliert.
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatöreingriffe	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	inklusive 2 oder 3 Höhleneingriffe, minimal invasive Ansätze, wenn möglich (in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Kassel)
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	besonders Videoassistierte Thorakoskopie (VATS)
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC21	Endokrine Chirurgie	Sämtliche Eingriffe an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse sind möglich. Ein Neuromonitoring für den Stimmbandnerv ist etabliert. Die intraoperative Bestimmung des Parathormons ist vorhanden. Eingriffe an der Nebenniere, auch minimal-invasiv werden durch
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	z. B. Ösophagus- und Magenchirurgie, Chirurgie von Dünn- und Dickdarm, Koloproktologie, Behandlung analer Störungen inkl. Inkontinenz.
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Komplexe Leber- und Pankreaschirurgie, minimal invasive Leberchirurgie, interventionelle Tumortherapie, Gallenchirurgie minimalinvasiv und rekonstruktive Chirurgie der Gallenwege
VC24	Tumorchirurgie	Moderne Tumorchirurgie in der Viszeralchirurgie und der Extremitäten wird qualifiziert vorgehalten.
VC25	Transplantationschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	in Kombination mit moderner Wundtherapie und Wundzentrum, Vorhandensein von Barriere-Zimmern
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	umfangreiches Angebot
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürlicher Körperöffnungen)
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC58	Spezialsprechstunde	für Adipositas, Darmzentrum, Stoma, Inkontinenz, Zweitmeinung, Proktologie - Adipositassprechstunde - Darmzentrumssprechstunde - Herniensprechstunde - Zweitmeinungs- Sprechstunde
VC60	Adipositaschirurgie	ausgewiesene Sprechstunden, alle Op-Verfahren, leitliniengerechte Nachsorge
VC62	Portimplantation	ausgesprochene Expertise, meist ambulant
VC63	Amputationschirurgie	Im Bereich der unteren Gliedmaßen.
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	Alle Arten plastischer stationärer chirurgischer Eingriffe.
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VR00	CT- und ultraschallgesteuerte Radiofrequenzablation	wird in der Routine angeboten, dazu Embolisationsverfahren
VR00	Chemoembolisation	wird in der Routine angeboten
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	

## B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1562
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	224	Gallensteinleiden
2	K40	112	Leistenbruch (Hernie)
3	K35	91	Akute Blinddarmentzündung
4	K56	87	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
5	K43	63	Bauchwandbruch (Hernie)
6	K57	62	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
7	K64	61	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
8	L02	48	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
9	C18	41	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
10	K62	35	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters
11	C20	32	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
12	R10	29	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
13	K60	28	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms
14	K42	24	Nabelbruch (Hernie)
15	L72	21	Flüssigkeitsgefüllter Hohlraum (Zyste) der Haut bzw. Unterhaut

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

## B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-990	361	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
2	5-469	327	Sonstige Operation am Darm
3	3-225	305	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
4	5-511	276	Operative Entfernung der Gallenblase
5	5-932	227	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
6	9-984	211	Pflegebedürftigkeit
7	8-831	177	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
8	9-401	166	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
9	5-916	151	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
10	1-632	141	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
11	1-653	134	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
12	1-654	121	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	5-541	120	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes
14	5-530	119	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
15	9-500	108	Patientenschulung

### B-6.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

## B-6.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### Zweitmeinung Gallenblase

<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
<b>Angebote Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)

## B-6.9 **Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

## B-6.10 **Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

### Zulassung vorhanden

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

## B-6.11 **Personelle Ausstattung**

### B-6.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,2

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,92	
Ambulant	0,28	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,2	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 157,45968

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 7,9

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,69	
Ambulant	0,21	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,9	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 203,12094

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

*B-6.11.2 Pflegepersonal*

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 27,04

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,88	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 58,11012

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,03

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,03	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1516,50485

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,61

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,61	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 970,18634

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,74

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,74	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,74	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 897,70115

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,4

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,37	
Ambulant	0,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,4	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1140,14599

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

## Personal in Fachabteilung

**Anzahl Vollkräfte:** 3,76

## Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,96	
Ambulant	1,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,76	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 796,93878

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP24	Deeskalationstraining
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP29	Stroke Unit Care

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

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:**      Nein

## B-7 Klinik für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie

### B-7.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	1800 1518 1550
<b>Art</b>	Hauptabteilung



Abbildung 7 - Herr Dr. Kobba

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. med. Joseph Kobba
<b>Telefon</b>	0561/1002-1510
<b>Fax</b>	0561/1002-1505
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:joseph.kobba@agaplesion.de">joseph.kobba@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/gefaess-und-endovaskulaere-chirurgie">https://www.diako-kassel.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/gefaess-und-endovaskulaere-chirurgie</a>

## B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

## B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC00	Wundbehandlung	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	Sämtliche etablierte Verfahren offen und endovaskulär.
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	Sämtliche etablierte Verfahren offen und endovaskulär.
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	Sämtliche etablierte Verfahren offen und endovaskulär, z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Krampfadern, Ulcus Cruris (offenes Bein).
VC58	Spezialsprechstunde	Gefäßchirurgie
VC61	Dialyseshuntchirurgie	Arteriell und venös.
VC62	Portimplantation	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR40	Spezialsprechstunde	Gefäßchirurgie



## B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	906
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	318	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
2	G54	167	Krankheit von Nervenwurzeln bzw. Nervengeflechten
3	E11	82	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
4	I65	58	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls
5	I74	52	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel
6	I71	40	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader
7	I83	40	Krampfader der Beine
8	I72	36	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer
9	T82	24	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdeile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen
10	T81	19	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
11	Q76	12	Angeborene Fehlbildung der Wirbelsäule bzw. der Knochen des Brustkorbes
12	N18	10	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion
13	I87	7	Sonstige Venenkrankheit
14	I77	4	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern
15	A46	< 4	Wundrose - Erysipel

### B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-381	318	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader
2	9-984	298	Pflegebedürftigkeit
3	3-607	286	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
4	5-896	250	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	5-865	232	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes
6	5-930	216	Art des verpflanzten Materials
7	5-983	212	Erneute Operation
8	5-916	211	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
9	3-605	204	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
10	3-990	203	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
11	8-83b	190	Zusatzinformationen zu Materialien
12	8-836	176	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
13	3-225	152	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
14	5-380	146	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels
15	1-206	134	Untersuchung der Nervenleitung - ENG

### **B-7.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

### **B-7.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#### **Privatambulanz Dr. Kobba**

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Komplette Diagnostik und Therapie von arteriellen und venösen Erkrankungen.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)

#### **Ambulanz Dr. Kobba**

<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
<b>Kommentar</b>	Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei Patienten mit arteriellen Durchblutungsstörungen
<b>Angebotene Leistung</b>	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)

### **B-7.9** **Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	81	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein

### **B-7.10** **Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Trifft nicht zu.

### **B-7.11** **Personelle Ausstattung**

#### **B-7.11.1** *Ärztinnen und Ärzte*

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

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,09

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,73	
Ambulant	0,36	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 103,78007

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,7

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,43	
Ambulant	0,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 140,90202

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ08	Herzchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

### B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 26,54

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,38	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 34,3442

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,01

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,01	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,01	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 897,0297

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,58

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 573,41772

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,71

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 529,82456

### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,38

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,35	
Ambulant	0,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,38	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 671,11111

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 3,69

### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,92	
Ambulant	1,77	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,69	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 471,875

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ12	Notfallpflege
PQ13	Hygienefachkraft

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
-----	--

PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung
PQ01	Bachelor

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation
-----	---------------------

ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP16	Wundmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP01	Basale Stimulation
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP24	Deeskalationstraining
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP29	Stroke Unit Care
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

### **B-7.11.3      *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik***

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:**      Nein



## **B-8**      **Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie**

### **B-8.1**      **Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung**

#### **Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	1600 1516 1523
<b>Art</b>	Hauptabteilung



*Abbildung 8 - Herr Dr. Ahmadian*

## Ärztliche Leitung

### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	CA Unfall- und Gelenkchirurgie
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. med. Rauf Ahmadian
<b>Telefon</b>	0561/1002-1410
<b>Fax</b>	0561/1002-1405
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:rauf.ahmadian@agaplesion.de">rauf.ahmadian@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

## B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

## B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

### Nr. Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

## B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

### Fallzahlen

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2517
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S83	222	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
2	S72	210	Knochenbruch des Oberschenkels
3	M17	203	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
4	M16	170	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
5	M48	153	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule
6	M51	140	Sonstiger Bandscheibenschaden
7	S82	126	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
8	M54	122	Rückenschmerzen
9	S42	117	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
10	S52	97	Knochenbruch des Unterarmes
11	M50	72	Bandscheibenschaden im Halsbereich
12	S06	72	Verletzung des Schädelinneren
13	S32	69	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
14	M75	54	Schulterverletzung
15	S01	48	Offene Wunde des Kopfes

### B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-401	859	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
2	9-984	646	Pflegebedürftigkeit
3	3-990	502	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
4	5-832	474	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule
5	5-839	387	Sonstige Operation an der Wirbelsäule
6	5-984	384	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
7	5-032	326	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein
8	5-033	320	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal
9	5-831	312	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
10	5-820	275	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes
11	5-794	272	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
12	5-810	204	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	8-800	199	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
14	5-822	198	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
15	5-812	192	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung

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

## B-8.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### BG-Ambulanz

**Ambulanzart** D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)

### Notfallambulanz (24h)

**Ambulanzart** Notfallambulanz (24h) (AM08)

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-814	85	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
2	5-787	55	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
3	5-041	22	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven
4	5-056	8	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
5	5-810	6	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
6	5-813	6	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
7	5-811	4	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
8	5-184	< 4	Operative Korrektur abstehender Ohren
9	5-808	< 4	Operative Gelenkversteifung
10	5-812	< 4	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
11	5-850	< 4	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
12	5-859	< 4	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln

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

### Zulassung vorhanden

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

**Stationäre BG-Zulassung vorhanden** Ja

## B-8.11 Personelle Ausstattung

### B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,71

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,2	
Ambulant	0,51	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 246,76471

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,23

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,04	
Ambulant	0,19	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 623,0198

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF72	Physikalische Therapie
ZF40	Sozialmedizin
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie

### B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 35,45

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	35,24	
Ambulant	0,21	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	35,45	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 71,42452

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,35

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1864,44444

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,12

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,12	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1187,26415

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,28

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,28	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1103,94737

#### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,84

#### **Personal aufgeteilt nach:**



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,8	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,84	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1398,33333

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,93

### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,57	
Ambulant	2,36	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,93	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 979,37743

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP24	Deeskalationstraining
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP29	Stroke Unit Care

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

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:**      Nein

## B-9 Klinik für Plastische, Rekonstruktive Ästhetische und Handchirurgie



Frau Dr. Akhavanpoor

### B-9.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Plastische, Rekonstruktive Ästhetische und Handchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1900 1551
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Frau Dr. med. Mehrnoosh Akhavanpoor
Telefon	0561/1002-1860
Fax	0561/1002-1855
E-Mail	<a href="mailto:mehrnoosh.akhavanpoor@agaplesion.de">mehrnoosh.akhavanpoor@agaplesion.de</a>
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

### B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

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

### B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	Wundsäuberungen und wenn eine Deckung aufgrund der Stoffwechsellage möglich ist, erfolgt auch eine Defektdeckung.
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Diagnostische Arthroskopie
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	siehe VH13 wiederholt sich
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	Hierunter fallen jegliche Arten der Unterspritzungen und Behandlungen zur Verjüngung (PRP Gesicht, Haare, Hyaluronsäure etc.). Bauch-, Oberarm-, Oberschenkelstraffung, Liposuktion ästhetischer Art, Oberlidstraffung, Ohranlegeplastik, Nasenkorrektur
VC69	Verbrennungschirurgie	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	Brustverkleinerung bei Belastung, Brutvergrößerung, Korrektur bei Brustfehlbildung.
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	Lappenplastiken zum Wiederaufbau von Defekten bei Z.n. Tumore (Mamma-CA), Weichteiltumore, Hauttumore (Basaliom, Plattenepithel-Ca) am ganzen Körper)
VC00	Wundbehandlung	Wundsäuberungen und wenn eine Deckung aufgrund der Stoffwechsellage möglich ist, erfolgt auch eine Defektdeckung in enger Zusammenarbeit mit der Angiologie und Gefäßchirurgie des Hauses.
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	Sehnenrekonstruktion der Hand.
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Gelenkersatz an den Fingern.
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	Versorgung der Nerven der Hand.
VC68	Mammachirurgie	Brustverkleinerung, Brutvergrößerung, Korrektur bei Brustfehlbildung sowie Brustwiederaufbau bei Mamma-Ca (Brustkrebs).
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	Bei Z.n. Tumorentfernung entstehen meistens größere Defekte z.B. im Gesichtsbereich. Hier bieten wir die Möglichkeit der Rekonstruktion. Die Primärdiagnostik sollte nach Möglichkeit durch die Kollegen der Dermatologie erfolgen.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	Infekte, Phlegmonen der Hand durch z.B. Tierbiss, Menschenbiss und sonstige Entzündungen.
VD20	Wundheilungsstörungen	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VO16	Handchirurgie	
VU00	Sonstige im Bereich Urologie	Phimose

## B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	653
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E88	77	Sonstige Stoffwechselstörung
2	L98	77	Sonstige Krankheit der Haut bzw. der Unterhaut
3	L03	64	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
4	L89	33	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone
5	J34	21	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
6	D17	20	Gutartiger Tumor des Fettgewebes
7	N62	19	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse
8	S66	14	Verletzung von Muskeln oder Sehnen in Höhe des Handgelenkes bzw. der Hand
9	M72	12	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes
10	N64	12	Sonstige Krankheit der Brustdrüse
11	L02	11	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
12	S62	11	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand
13	I83	10	Krampfader der Beine
14	C44	9	Sonstiger Hautkrebs
15	E11	9	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2

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

**B-9.7** **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

**B-9.7.1** *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-896	335	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
2	5-911	274	Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht
3	5-916	146	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
4	9-984	93	Pflegebedürftigkeit
5	5-850	91	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegebeshüllen
6	8-190	80	Spezielle Verbandstechnik
7	9-401	76	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
8	5-840	55	Operation an den Sehnen der Hand
9	5-894	55	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut
10	5-900	54	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
11	5-892	52	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut
12	5-902	45	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]
13	5-780	41	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit
14	8-192	27	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde
15	5-901	24	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]

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

**B-9.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

**Privatambulanz**

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)

**Notfallambulanz (24h)**

<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)

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

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-056	23	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
2	5-841	23	Operation an den Bändern der Hand
3	5-840	22	Operation an den Sehnen der Hand
4	5-097	21	Lidstraffung
5	5-790	21	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
6	5-640	19	Operation an der Vorhaut des Penis
7	1-697	18	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung
8	5-787	13	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
9	1-502	12	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt
10	5-795	11	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen
11	5-849	8	Sonstige Operation an der Hand
12	5-850	8	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
13	5-903	7	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
14	5-041	6	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven
15	5-852	6	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen

## **B-9.10**      **Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Trifft nicht zu.

## **B-9.11**      **Personelle Ausstattung**

### **B-9.11.1**      **Ärztinnen und Ärzte**

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

### **Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:**      6,38

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	5,13	
Ambulant	1,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,38	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 127,29045

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 2,87

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,31	
Ambulant	0,56	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,87	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 282,68398

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie
AQ58	Strahlentherapie
AQ68	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin



*B-9.11.2 Pflegepersonal*

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 7,03

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,99	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 93,41917

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,27

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,27	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,27	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 2418,51852

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,42

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1554,7619

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,45

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,45	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1451,11111

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,37

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,36	
Ambulant	0,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,37	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1813,88889

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

## Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,98

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,51	
Ambulant	0,47	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,98	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1280,39216

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP14	Schmerzmanagement

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP24	Deeskalationstraining
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP29	Stroke Unit Care

**B-9.11.3** *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:**      Nein

## B-10 Klinik für Gynäkologie, Urogynäkologie und Geburtshilfe

### B-10.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Gynäkologie, Urogynäkologie und Geburtshilfe
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2400 2402 2405 2406 2425
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt der Gynäkologie und Urogynäkologie
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Samer Naameh
<b>Telefon</b>	0561/1002-1560
<b>Fax</b>	0561/1002-1555
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:samer.naameh@agaplesion.de">samer.naameh@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

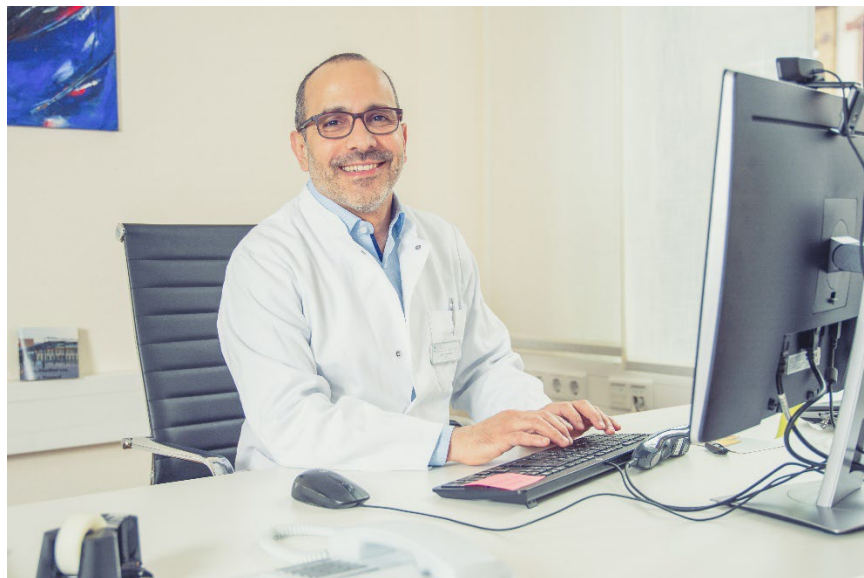


Abbildung 9 - Herr Naameh

#### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt der Geburtshilfe
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. Wouter Simoens
<b>Telefon</b>	0561/1002-1260
<b>Fax</b>	0561/1002-1265
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:sekretariat.geburtshilfe.dkk@agaplesion.de">sekretariat.geburtshilfe.dkk@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>



Abbildung 10 - Herr Dr. Simoens

## B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG                      Keine Vereinbarung geschlossen

## B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG05	Endoskopische Operationen	
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	
VG15	Spezialsprechstunde	
VR02	Native Sonographie	4-D-Gerät, 3D-Ultraschall.
VR04	Duplexsonographie	
VR06	Endosonographie	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG16	Urogynäkologie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	Vaginale Beckenendlage-Entbindung, Gemini (Zwillings-) -Entbindung, Vakuumentraktion (Saugglocke), Kaisergeburt
VK23	Versorgung von Mehrlingen	Gemini (Zwillinge) ab der 35. Schwangerschaftswoche.
VK25	Neugeborenencreening	z.B. Hörscreening, Stoffwechselscreening.
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VG19	Ambulante Entbindung	
VK00	Konsiliarischer Ultraschall und Echo bei Auffälligkeiten	
VG00	Fruchtwasserentnahme, Planung der Geburtseinleitung	Extern durch das Klinikum Kassel, 24/h Überwachungseinheit. 24/h Präsenz einer Intensiv Kinderkrankenschwester, Neonatologie täglich vor Ort.

## B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5141
Teilstationäre Fallzahl	0



## B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	1204	Neugeborene
2	O70	393	Dammriss während der Geburt
3	N80	221	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter
4	O71	212	Sonstige Verletzung während der Geburt
5	D25	196	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
6	O80	196	Normale Geburt eines Kindes
7	O68	162	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes
8	O34	147	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane
9	N83	141	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
10	O26	135	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
11	N81	113	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
12	P08	109	Störung aufgrund langer Schwangerschaftsdauer oder hohem Geburtsgewicht
13	D27	85	Gutartiger Eierstocktumor
14	Z83	84	Sonstige spezifische Krankheit in der Familienvorgeschichte
15	O21	76	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft

### B-10.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	1444	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	1-208	1313	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
3	5-758	820	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt
4	9-260	758	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
5	5-749	649	Sonstiger Kaiserschnitt
6	9-261	327	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind
7	8-910	323	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)
8	5-683	321	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
9	5-469	282	Sonstige Operation am Darm
10	5-661	279	Operative Entfernung eines Eileiters
11	5-651	219	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
12	5-690	188	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	5-704	184	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
14	5-657	179	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung
15	5-702	178	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide

### *B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

## **B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Ambulanz Gynäkologie (Samer Naameh)**

<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endometriose Behandlung und Deszensus-Chirurgie (VG00)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoskopische Operationen (VG05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Gynäkologische Endokrinologie (VG18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Inkontinenzchirurgie (VG07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Reproduktionsmedizin (VG17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VG15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Urogynäkologie (VG16)

### **Ambulanz Dr. W. Simoens /**

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalogie und DEGUM II Kursleiter
<b>Angebotene Leistung</b>	Ambulante Entbindung (VG19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VG15)

#### Ambulanz Dr. W. Simoens

<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatologie und DEGUM II Kursleiter
<b>Angebotene Leistung</b>	Ambulante Entbindung (VG19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Duplexsonographie (VR04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Native Sonographie (VR02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VG15)

#### Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. Schulze & Frau Dr. Dakouri - Calden

<b>Ambulanzart</b>	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
<b>Kommentar</b>	Mittelstraße 2 in Calden (Kassel)

### B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

### B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

<b>Zulassung vorhanden</b>	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

### B-10.11 Personelle Ausstattung

#### B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14,15

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,78	
Ambulant	0,37	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,15	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 373,07692

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 9,1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,86	
Ambulant	0,24	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,1	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 580,24831

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

### *B-10.11.2 Pflegepersonal*

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 38,73

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	38,5	
Ambulant	0,23	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	38,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 133,53247

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,47

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,47	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 3497,27891

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,31

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,31	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 2225,54113

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

### Personal in Fachabteilung

**Anzahl Vollkräfte:** 2,49

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,49	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 2064,65863

### Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

**Anzahl Vollkräfte:** 17,09

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,98	
Nicht Direkt	0,11	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 300,81919

### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,02

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,97	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,02	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 2609,64467

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 5,39

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,81	
Ambulant	2,58	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,39	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1829,53737

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP24	Deeskalationstraining
ZP27	OP-Koordination/OP-Management
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP29	Stroke Unit Care

*B-10.11.3    Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:**      Nein

## B-11 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

### B-11.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3753 3600
<b>Art</b>	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit



Abbildung 11 - Herr Dr. Mohrenweiser

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt Anästhesie
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Dr. med. Peter Mohrenweiser
<b>Telefon</b>	0561/1002-1204
<b>Fax</b>	0561/1002-1205
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Peter.Mohrenweiser@agaplesion.de">Peter.Mohrenweiser@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Herkulesstraße 34
<b>PLZ/Ort</b>	34119 Kassel
<b>Homepage</b>	<a href="https://www.diako-kassel.de/start">https://www.diako-kassel.de/start</a>

### Spezielle Schmerztherapie

in Kooperation mit der Gemeinschaftspraxis  
Beleg-Anästhesie und Schmerztherapie  
Dr. med. K. Falk, Facharzt für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie  
J. Fröhlich, Fachärztin für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie

### Ärztehaus

Telefon: 0561 / 937490  
Fax: 0561 / 9374920

URL: [www.schmerztherapiekassel.de](http://www.schmerztherapiekassel.de)  
E-Mail: [info@schmerztherapiekassel.de](mailto:info@schmerztherapiekassel.de)

Kooperation mit der Gesundheitsakademie Bad Wilhelmshöhe  
Dr. med. Michael Schmidt, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

## **B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

### **Angaben zu Zielvereinbarungen**

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

### B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI20	Intensivmedizin	Die interdisziplinäre Intensivmedizin wird von qualifizierten Ärzten für Anästhesie durchgeführt. Leitlinienorientiert sind alle Therapieformen wie diff. Beatmungen, kinetische Lagerungstherapie, Nierenersatzverfahren etc.. Die Behandlung von Langzeitbeatmung, Sepsis, Weaning usw. ist gesichert.
VI40	Schmerztherapie	Ein Akutschmerzdienst in Zusammenarbeit mit 2 „Pain Nurses“ ist für die perioperative Schmerztherapie zuständig.
VX00	Op-Management	Das OP-Management sorgt für eine effiziente und effektive Organisation im Hinblick auf die Patientenbelange und Wirtschaftlichkeit. Um eine mittelfristige Planung zu gewährleisten, besteht eine enge interdisziplinäre Abstimmung der Anästhesie, der operativen Disziplinen und der Intensivstation.
VX00	Anästhesiologische Versorgung	Leitlinienorientiert werden alle modernen Verfahren, wie die kombinierte Allgemein- und Regionalanästhesie, balancierte und totalintravenöse Formen der Allgemeinanästhesie, verschiedene rückenmarksnahen und ultraschallgesteuerte Regionalanästhesieverfahren und die Schmerztherapie durchgeführt.

### B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

#### Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

### B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

### B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

### B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

### B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

### B-11.11 Personelle Ausstattung

#### B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 17,2

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,24	
Ambulant	0,96	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,8

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,14	
Ambulant	0,66	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

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

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF05	Betriebsmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

***B-11.11.2 Pflegepersonal***

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Das Fachpersonal ist über die Hauptabteilungen abgebildet.
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

*B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:**      Nein



## C Qualitätssicherung

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

#### Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

##### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	57	100,00 %	57	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	< 4	< 4	< 4	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	7	100,00 %	7	
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	14	100,00 %	14	
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	5	100,00 %	5	
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	51	100,00 %	51	
Gynäkologische Operationen (15/1)	771	100,00 %	771	
Geburtshilfe (16/1)	1593	100,13 %	1595	
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	56	100,00 %	56	
Mammachirurgie (18/1)	< 4	< 4	< 4	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	186	100,00 %	186	
Herzchirurgie (HCH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offenchirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offenchirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	271	100,00 %	271	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	265	100,00 %	265	
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	6	100,00 %	6	
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	195	100,00 %	195	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	190	100,00 %	190	
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	5	100,00 %	5	
Leberlebendspende (LLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz- Lungentransplantation (LUTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	< 4	< 4	< 4	
Nierenlebendspende (NLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	482	100,21 %	483	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	300	100,00 %	300	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	300
Beobachtete Ereignisse	300
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,98 - 99,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,74 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	196

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	196
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,84 - 98,94%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,08 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	2006
<b>Grundgesamtheit</b>	278
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	278
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,02 - 99,09%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,64 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232001_2006
<b>Grundgesamtheit</b>	186
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	186
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	

<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,88 - 98,98%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	97,98 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	2007
<b>Grundgesamtheit</b>	22
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	22
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,91 - 98,41%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	85,13 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232002_2007
<b>Grundgesamtheit</b>	10
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	10
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,54 - 98,24%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	72,25 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	158
Beobachtete Ereignisse	157
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,37%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,95 - 93,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,50 - 99,89%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	166
Beobachtete Ereignisse	163
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,19%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,52 - 92,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,82 - 99,38%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	154
Beobachtete Ereignisse	143
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,86%

### Risikoadjustierte Rate

Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,65 - 92,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,66 - 95,97%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232004_2013
<b>Grundgesamtheit</b>	103
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	96
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	93,20%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	92,97 - 93,31%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	86,63 - 96,67%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
<b>Ergebnis-ID</b>	2028
<b>Grundgesamtheit</b>	209
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	209
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,84 - 96,02%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,20 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

<b>Ergebnis-ID</b>	232005_2028
<b>Grundgesamtheit</b>	141
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	141
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,28 - 95,51%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	97,35 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
<b>Ergebnis-ID</b>	2036
<b>Grundgesamtheit</b>	208
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	204
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	98,08%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,64 - 98,75%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	95,16 - 99,25%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232006_2036
<b>Grundgesamtheit</b>	140
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	136
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,14%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	



<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,59 - 98,72%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	92,88 - 98,88%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
<b>Ergebnis-ID</b>	50722
<b>Grundgesamtheit</b>	292
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	292
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,64 - 96,77%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,70 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232009_50722
<b>Grundgesamtheit</b>	189
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	189
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,49 - 96,66%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,01 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	167
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	13,31
Ergebnis (Einheit)	0,75
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,41 - 1,34
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	249
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	27,13
Ergebnis (Einheit)	0,63
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 0,83
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,40 - 0,98
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	82
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	13,82
Ergebnis (Einheit)	0,51
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit) 0,65 - 0,67

Vertrauensbereich (Krankenhaus) 0,25 - 0,98

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	196
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	16,84%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,67 - 17,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,25 - 22,70%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	232008_231900
Grundgesamtheit	300
Beobachtete Ereignisse	59
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	19,67%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,14 - 18,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,56 - 24,54%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	15088
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	38,87
Ergebnis (Einheit)	0,54
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,35 - 0,83
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	15088
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,03%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	15088
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,11%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,07 - 0,17%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

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

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	15088
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,03%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,01 - 0,07%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend
Ergebnis-ID	318
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,61 - 97,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	321

Grundgesamtheit	1523
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,25%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein
<b>Ergebnis-ID</b>	330
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,35 - 97,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
<b>Ergebnis-ID</b>	1058
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,13 - 0,32%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 19,36%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
Ergebnis-ID	50045
Grundgesamtheit	496
Beobachtete Ereignisse	496
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,97 - 99,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	99,23 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51397
Grundgesamtheit	1523
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,40
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,13
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	



Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51803
<b>Grundgesamtheit</b>	1537
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	10,78
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,32
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,98 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,36
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51808_51803
<b>Grundgesamtheit</b>	1537
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,30
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,03 - 1,36
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 12,91
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51813_51803
<b>Grundgesamtheit</b>	1537
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	3,06

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,96 - 1,07
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 1,25
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter - 16</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51818_51803
<b>Grundgesamtheit</b>	1530
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	4,04
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 0,98
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,95
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH &lt; 7,00)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51823_51803
<b>Grundgesamtheit</b>	1533
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	3,38
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,01 - 1,11
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 1,13
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Azidose bei frühgeborenen Einlingen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
<b>Ergebnis-ID</b>	51831
<b>Grundgesamtheit</b>	28
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,14
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,40 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,95 - 1,18
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 24,70
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Kaiserschnittgeburt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
<b>Ergebnis-ID</b>	52249
<b>Grundgesamtheit</b>	1568
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	485
<b>Erwartete Ereignisse</b>	431,96
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,12
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,26 (90. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,03 - 1,04
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,04 - 1,21
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 1
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
<b>Ergebnis-ID</b>	182000_52249
<b>Grundgesamtheit</b>	479
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	92
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	19,21%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	

<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,76 - 19,12%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	15,93 - 22,97%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 2</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
<b>Ergebnis-ID</b>	182001_52249
<b>Grundgesamtheit</b>	207
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	101
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	48,79%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	45,59 - 46,21%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	42,07 - 55,56%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 3</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
<b>Ergebnis-ID</b>	182002_52249
<b>Grundgesamtheit</b>	434
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	16
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	3,69%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	3,79 - 3,97%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	2,28 - 5,90%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 4</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
<b>Ergebnis-ID</b>	182003_52249

Grundgesamtheit	125
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	24,80%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	21,13 - 21,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	18,06 - 33,05%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 5</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182004_52249
Grundgesamtheit	247
Beobachtete Ereignisse	179
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	72,47%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	71,44 - 71,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	66,59 - 77,66%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 6</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182005_52249
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,64 - 93,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,28 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 7</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

<b>Ergebnis-ID</b>	182006_52249
<b>Grundgesamtheit</b>	18
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	18
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	85,95 - 87,21%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	82,41 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 8</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden
<b>Ergebnis-ID</b>	182007_52249
<b>Grundgesamtheit</b>	10
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	60,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	75,06 - 76,11%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	31,27 - 83,18%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 9</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden
<b>Ergebnis-ID</b>	182008_52249
<b>Grundgesamtheit</b>	8
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	8
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,86 - 100,00%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	67,56 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 10</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
<b>Ergebnis-ID</b>	182009_52249
<b>Grundgesamtheit</b>	31
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	8

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	25,81%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	43,91 - 44,93%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	13,70 - 43,25%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
<b>Ergebnis-ID</b>	181800
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,42
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,20 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,82 - 0,97
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,39 - 5,15
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
<b>Ergebnis-ID</b>	181801_181800
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	2,16
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,77 - 0,95
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,59 - 7,84
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
<b>Ergebnis-ID</b>	181802_181800
<b>Grundgesamtheit</b>	107
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,49
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,83 - 1,08
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 7,63
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen
<b>Ergebnis-ID</b>	182010
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,17 - 0,23%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	



Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen
Ergebnis-ID	182011
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,83 - 3,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen
Ergebnis-ID	182014
Grundgesamtheit	1592
Beobachtete Ereignisse	155
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	9,74%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,08 - 9,32%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,38 - 11,29%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	175
Beobachtete Ereignisse	165
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,29%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,41 - 89,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,80 - 96,87%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	10,77%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,20 - 8,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	5,32 - 20,60%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	172000_10211
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,90 - 12,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	172001_10211
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,39 - 14,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,85 - 1,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,83%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	656
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,75
Ergebnis (Einheit)	0,70
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,27 - 1,78
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	441
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,13%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,05 - 3,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,49 - 2,63%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	60685
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,66 - 0,83%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	A72

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
<b>Ergebnis-ID</b>	60686
<b>Grundgesamtheit</b>	134
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	9
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	6,72%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 42,35 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,56 - 20,07%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	3,57 - 12,27%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,65%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,34 - 98,53%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,01 - 99,23%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,30\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	2194
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,33
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,69 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,33 - 3,44
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 19,33
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,81
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,38 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,43
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,55%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,34 - 88,76%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,27 - 99,05%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	215



Beobachtete Ereignisse	209
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,21%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,03 - 95,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,05 - 98,71%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,20 - 1,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	A71

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,56 - 99,65%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,44 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,54
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,11 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,02
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,31%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	15,79%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	50,37 - 51,10%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,54 - 27,36%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,25%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,11 - 96,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,71 - 99,69%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51404
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02

Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,38
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 133,49
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52315
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,59 - 1,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 39,03%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,10 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	265
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,73
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,27 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 - 0,86
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,78
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	172
Beobachtete Ereignisse	172
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,60 - 97,74%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,82 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,46 - 92,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,45%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,06 - 9,49%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,99 - 13,37%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	204
Beobachtete Ereignisse	199
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,55%
Risikoadjustierte Rate	

Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,89 - 97,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,39 - 98,95%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	241
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	11,43
Ergebnis (Einheit)	0,35
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,14 - 0,88
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	147
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,55%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	9,96
Ergebnis (Einheit)	0,90
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,48 - 1,62
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,31 - 1,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,44 - 8,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,30%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,63 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,37 - 4,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,69 - 10,54%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,01 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,21 - 2,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,68
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,44
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Implantatassoziierte Komplikationen</b>

**Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl**

Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	191800_54120
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,34
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,99 - 1,11
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 6,95
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

**Bezeichnung der Kennzahl**

**Weichteilkomplikationen**

**Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl**

Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	191801_54120
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,37
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,95 - 1,05
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 6,38
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	4,71
Ergebnis (Einheit)	1,27
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,10
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,59 - 2,64
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Ergebnis-ID	54029
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,35 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,79 - 2,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,42%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Verweildauer</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
<b>Ergebnis-ID</b>	54030
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 15,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	9,60 - 10,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	54033
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,22
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,22 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,00 - 1,04
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,06 - 0,72
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	54042
<b>Grundgesamtheit</b>	56
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	5,46
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,92
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,42 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,01 - 1,06
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,40 - 1,97
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	54046
<b>Grundgesamtheit</b>	56
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	2,93
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,37
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,03 - 1,10
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,54 - 3,25
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sturzprophylaxe</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
<b>Ergebnis-ID</b>	54050
<b>Grundgesamtheit</b>	52
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	50
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,15%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,22 - 97,48%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	87,02 - 98,94%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren -Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
<b>Ergebnis-ID</b>	52321
<b>Grundgesamtheit</b>	20
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	20
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,72 - 98,90%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	83,89 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,80 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	H99
Kommentar beauftragte Stelle	Aufgrund der Empfehlung der zuständigen Fachkommission wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,50 - 97,92%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,47 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51186
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	17,51
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 6,48 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,99 - 1,38
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	3,12 - 77,16
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	U62

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
<b>Ergebnis-ID</b>	52131
<b>Grundgesamtheit</b>	19
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	19
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 60,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	91,53 - 92,16%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	83,18 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
<b>Ergebnis-ID</b>	52316
<b>Grundgesamtheit</b>	38
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	38
<b>Erwartete Ereignisse</b>	

Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,02 - 96,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,82 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52325
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,76 - 1,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 21,53%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,52
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,35$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,69 - 0,76
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,98
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	131802
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,50 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,75 - 1,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 21,53%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	50,03 - 51,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	<b>Implantierbare Defibrillatoren -Implantation</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	132001
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,48
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,65 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,69
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	<b>Implantierbare Defibrillatoren -Implantation</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	132002
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 42,46
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	603
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,08 - 99,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,28 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	604
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,74%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,55 - 99,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,36 - 99,06%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U63

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID	605
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,24 - 1,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
Ergebnis-ID	606
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 2,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11704
Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,11
Ergebnis (Einheit)	3,61
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,42 - 8,52
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U62

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11724
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,38
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,93 - 11,39
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	51437
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00 \%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,39 - 98,39%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	51443
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00 \%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,92 - 99,60%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01



Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID	51445
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,69 - 2,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51448
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,72 - 6,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offenchirurgisch</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
<b>Ergebnis-ID</b>	51859
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,78 - 3,53%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	51860
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	3,82 - 5,55%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51865
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51873
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,81 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
<b>Ergebnis-ID</b>	52240
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,48 - 10,10%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind
<b>Ergebnis-ID</b>	161800
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,34 - 5,20%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	U99
<b>Kommentar beauftragte Stelle</b>	Fall wurde direkt in eine Klinik mit Stroke-Unit verlegt.

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,02 - 3,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 43,45%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	147
Beobachtete Ereignisse	147
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,05 - 98,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,45 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	41

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,22 - 97,61%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,43 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,95 - 92,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,55 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	1,59
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,19$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,21
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,28 - 8,83
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	190
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,26 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,98%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,84 - 4,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 43,45%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	181
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,08%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
<b>Ergebnis-ID</b>	54128
<b>Grundgesamtheit</b>	202
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	202
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 98,81 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,78 - 99,82%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	98,06 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Primäre Axilladisektion bei DCIS</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
<b>Ergebnis-ID</b>	2163
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,01 - 0,13%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	50719

### Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

-

Risikoadjustierte Rate

Referenzbereich (bundesweit)

$\leq 5,00\%$

Vertrauensbereich (bundesweit)

2,90 - 3,87%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

entfällt

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens

N01

Leistungsbereich (LB)

Mammachirurgie

Bezeichnung des Qualitätsindikators

Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators

Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID

51370

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

-

Risikoadjustierte Rate

Referenzbereich (bundesweit)

$\leq 7,69\%$  (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)

1,80 - 2,04%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

entfällt

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens

N01

Leistungsbereich (LB)

Mammachirurgie

Bezeichnung des Qualitätsindikators

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators

Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID

51846

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)

-

Risikoadjustierte Rate

Referenzbereich (bundesweit)

$\geq 95,00\%$

Vertrauensbereich (bundesweit)

98,11 - 98,30%

<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	H99
<b>Kommentar beauftragte Stelle</b>	Aufgrund der Empfehlung der zuständigen Fachkommission wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)
<b>Ergebnis-ID</b>	51847
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,79 - 97,18%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
<b>Ergebnis-ID</b>	52279
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,86 - 99,09%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)
<b>Ergebnis-ID</b>	52330
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00 \%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,26 - 99,50%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nachresektionsrate</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden
<b>Ergebnis-ID</b>	60659
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 20,77 \%$ (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	10,41 - 10,91%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen
<b>Ergebnis-ID</b>	211800
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 97,82$ % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,42 - 99,54%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)
<b>Ergebnis-ID</b>	212000
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 80,95$ % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	94,52 - 95,52%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)
<b>Ergebnis-ID</b>	212001
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 54,43 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	85,40 - 86,30%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	50050
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,84 - 1,07
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	50052
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	

**Erwartete Ereignisse**

Ergebnis (Einheit) -

**Risikoadjustierte Rate**

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit) 0,94 - 1,23

Vertrauensbereich (Krankenhaus) entfällt

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens

**Leistungsbereich (LB)**

**Neonatologie**

**Bezeichnung der Kennzahl**

**Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)**

**Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl**

Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID

50053

**Grundgesamtheit**

**Beobachtete Ereignisse**

**Erwartete Ereignisse**

Ergebnis (Einheit) -

**Risikoadjustierte Rate**

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit) 1,01 - 1,21

Vertrauensbereich (Krankenhaus) entfällt

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens

**Leistungsbereich (LB)**

**Neonatologie**

**Bezeichnung des Qualitätsindikators**

**Nosokomiale Infektion**

**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**

Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID

50060

**Grundgesamtheit**

**Beobachtete Ereignisse**

**Erwartete Ereignisse**

Ergebnis (Einheit) -

**Risikoadjustierte Rate**

Referenzbereich (bundesweit) <= 2,92 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit) 0,97 - 1,10

Vertrauensbereich (Krankenhaus) entfällt

Bewertung des Stellungnahmeverfahrens N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Pneumothorax unter oder nach Beatmung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	50062
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,68 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,96 - 1,09
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
<b>Ergebnis-ID</b>	222000_50062
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 1,11%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
<b>Ergebnis-ID</b>	222001_50062
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,14 - 0,23%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage</b>



<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
<b>Ergebnis-ID</b>	222002_50062
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,33 - 1,59%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Durchführung eines Hörtests</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ein Hörtest wurde durchgeführt
<b>Ergebnis-ID</b>	50063
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,00 \%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,08 - 98,26%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	50069
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-

#### Risikoadjustierte Rate

Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,50 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01

#### Leistungsbereich (LB)

##### Bezeichnung des Qualitätsindikators

##### Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators

#### Neonatologie

##### Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen

Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID 50074

#### Grundgesamtheit

#### Beobachtete Ereignisse

#### Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit) 0,00

#### Risikoadjustierte Rate

Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 49,66
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

#### Leistungsbereich (LB)

##### Bezeichnung des Qualitätsindikators

##### Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators

#### Neonatologie

##### Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen

Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)

Ergebnis-ID 51070

#### Grundgesamtheit

#### Beobachtete Ereignisse

#### Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit) -

#### Risikoadjustierte Rate

Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 - 0,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51076
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,64 - 3,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51078
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,00 - 5,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	<b>Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51079
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,39 - 7,64%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51832
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,30 - 4,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51837
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
<b>Ergebnis-ID</b>	51838
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,53 - 2,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51843
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,75 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51901
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,79 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,94 - 1,05
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51136_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,83 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51141_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51146_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51156_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51161_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Zunahme des Kopfumfangs</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Wachstum des Kopfes
<b>Ergebnis-ID</b>	52262
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 19,49 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	9,28 - 10,32%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)
<b>Ergebnis-ID</b>	222200
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,90 - 1,31%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigungen des Darms die eine Operation oder Therapie erfordert
<b>Ergebnis-ID</b>	222201
<b>Grundgesamtheit</b>	



Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich
Ergebnis-ID	56000
Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	104
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	83,87%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	64,05 - 64,45%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	76,65 - 89,53%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
Ergebnis-ID	56001
Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	15,65%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 41,48 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	27,71 - 28,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,90 - 23,11%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt"</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
<b>Ergebnis-ID</b>	56003
<b>Grundgesamtheit</b>	31
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	26
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	83,87%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 67,57 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	75,91 - 76,83%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	68,20 - 93,57%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt"</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
<b>Ergebnis-ID</b>	56004
<b>Grundgesamtheit</b>	31
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,98 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,54 - 2,88%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 7,72%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56005
<b>Grundgesamtheit</b>	289
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	7
<b>Erwartete Ereignisse</b>	34,64
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,20
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,65 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,88 - 0,90
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,09 - 0,40
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56006
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,07
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,14 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 0,97
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,01 - 0,31
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56007
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,09
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,50 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 0,91
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,02 - 0,29
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt unbekannt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
<b>Ergebnis-ID</b>	56008
<b>Grundgesamtheit</b>	491
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 0,15 % (90. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,20 - 0,22%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,51%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	56009
<b>Grundgesamtheit</b>	289
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	2,08%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,35 - 4,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,87 - 4,23%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56010
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 21,93 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,68 - 17,65%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56011
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
Ergebnis (Einheit)	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,77 - 10,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
<b>Ergebnis-ID</b>	56014
<b>Grundgesamtheit</b>	32
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	32
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 93,65 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	94,05 - 94,52%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	92,51 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
<b>Ergebnis-ID</b>	56016
<b>Grundgesamtheit</b>	170
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	157
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	92,35%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 93,95 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,23 - 95,39%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	87,64 - 95,65%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10

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

<b>Legende - Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren</b>	
A43	= unzureichend
A71	= Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
A72	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D80	= Unvollständige oder falsche Dokumentation
D81	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht

#### Legende - Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren

D99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
N01	=	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
N02	=	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
N99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R10	=	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
S92	=	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U34	=	zureichend
U61	=	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
U62	=	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U63	=	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U99	=	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

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

Leistungsbereich	Teilnahme
Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Nein
MRE	Ja

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

trifft nicht zu / entfällt

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP
Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 2
Koronare Herzkrankheit (KHK)
Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

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

### Leistungsbereich:

Endoprothesenversorgung  
Endoprothesenregister Deutschland  
(ERPD)

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es werden diverse Qualitätsindikatoren ermittelt. U.a. Komplikationsraten, Rehospitalisierungen, Lebensdauer der Implantete und viele weitere mehr
<b>Ergebnis</b>	unauffällig in Bezug auf die ausgewerteten Qualitätsindikatoren
<b>Messzeitraum</b>	Fortlaufend in Bezug auf die Implantatlebensdauer, 1 Jahr in Bezug auf Rehospitalisierungen, u.a.
<b>Datenerhebung</b>	Direkte Weiterleitung der Qualitätsdaten an das Endoprothesenregister Deutschland
<b>Rechenregeln</b>	Diverse, in den Veröffentlichungen des Endoprothesenregisters Deutschland einzusehen
<b>Referenzbereiche</b>	
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	

### Leistungsbereich: Bauchaorten-Register (DIGG)

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es werden diverse Qualitätsindikatoren ermittelt.
<b>Ergebnis</b>	baa.dgg-register.de
<b>Messzeitraum</b>	
<b>Datenerhebung</b>	Registrierung und Dateneingabe online über ein webbasiertes Datenbanksystem (asthesis)
<b>Rechenregeln</b>	
<b>Referenzbereiche</b>	
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	

### Leistungsbereich: Allgemein- und Viszeralchirurgie HerniaMed-Register

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es werden diverse Qualitätsindikatoren ermittelt.
<b>Ergebnis</b>	Im Online-Journal Herniamed einzusehen.
<b>Messzeitraum</b>	
<b>Datenerhebung</b>	
<b>Rechenregeln</b>	
<b>Referenzbereiche</b>	
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	



**Leistungsbereich: DGAV-Register  
StuDoQ**

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Es werden diverse Qualitätsindikatoren ermittelt. Colon- und Rektumeingriffe.
<b>Ergebnis</b>	Homepage DGAV
<b>Messzeitraum</b>	
<b>Datenerhebung</b>	<a href="https://www.dgav.de/studoq/dateneingabe.html">https://www.dgav.de/studoq/dateneingabe.html</a>
<b>Rechenregeln</b>	
<b>Referenzbereiche</b>	
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	

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

### C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	154
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	10	12
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	10	15

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

#### C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

**Leistungsbereiche**

**Kniegelenk-Totalendoprothesen**

Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt: Ja

**Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene**

Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt: Ja

**Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene**

Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt: Ja

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

#### Leistungsbereiche

##### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	154
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	189

##### Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	12
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	7

##### Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	15
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	7

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

#### Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (CQ01)

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	50
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	36
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	36

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungs- grad	Ausnahme- tatbestände
Kardiologie	Station IMC	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	Station IMC	Nachtschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	Station N1b Intensivstation	Tagschicht	83,33%	4
Intensivmedizin	Station N1b Intensivstation	Nachtschicht	91,67%	1
Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station N1c	Tagschicht	100,00%	1
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station N1c	Nachtschicht	91,67%	3
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station N3a	Tagschicht	100,00%	6
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station N3a	Nachtschicht	100,00%	6
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station N3b	Tagschicht	75,00%	10
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station N3b	Nachtschicht	33,33%	10
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	Station N3c	Tagschicht	100,00%	5
Allgemeine Chirurgie	Station N3c	Nachtschicht	33,33%	10
Allgemeine Chirurgie	Station N4a	Tagschicht	100,00%	4
Allgemeine Chirurgie	Station N4a	Nachtschicht	100,00%	6
Allgemeine Chirurgie	Station N4c	Tagschicht	91,67%	7
Allgemeine Chirurgie	Station N4c	Nachtschicht	91,67%	7
Innere Medizin	Station N4b	Tagschicht	58,33%	10
Innere Medizin	Station N4b	Nachtschicht	91,67%	7
Geriatric	Station N5c	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	Station N5c	Nachtschicht	100,00%	1
Geriatric	Station N6c	Tagschicht	91,67%	7
Geriatric	Station N6c	Nachtschicht	41,67%	11

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Kardiologie	Station IMC	Tagschicht	100,00%
Kardiologie	Station IMC	Nachtschicht	100,00%
Intensivmedizin	Station N1b Intensivstation	Tagschicht	95,62%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensivmedizin	Station N1b Intensivstation	Nachtschicht	97,26%
Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie und Unfallchirurgie	Station N1c	Tagschicht	95,34%
Orthopädie und Unfallchirurgie	Station N1c	Nachtschicht	86,58%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station N3a	Tagschicht	77,53%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station N3a	Nachtschicht	89,04%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station N3b	Tagschicht	64,11%
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station N3b	Nachtschicht	43,84%
Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin	Station N3c	Tagschicht	86,30%
Allgemeine Chirurgie	Station N3c	Nachtschicht	42,19%
Allgemeine Chirurgie	Station N4a	Tagschicht	95,89%
Allgemeine Chirurgie	Station N4a	Nachtschicht	89,59%
Allgemeine Chirurgie	Station N4c	Tagschicht	70,41%
Allgemeine Chirurgie	Station N4c	Nachtschicht	65,75%
Innere Medizin	Station N4b	Tagschicht	49,59%
Innere Medizin	Station N4b	Nachtschicht	69,86%
Geriatric	Station N5c	Tagschicht	97,22%
Geriatric	Station N5c	Nachtschicht	91,75%
Geriatric	Station N6c	Tagschicht	81,19%
Geriatric	Station N6c	Nachtschicht	40,06%

## C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

### Arzneimittel für neuartige Therapien

Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet? Nein

## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

## Qualitätsmanagement

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

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

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

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

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

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf und managen die Maßnahmen bis zu ihrer erfolgreichen Umsetzung. Die Fördermittel des Krankenhausstrukturfonds ermöglichen bis 2025 eine deutliche Verbesserung der digitalen Infrastruktur zum Wohle und für die Sicherheit unserer Patient:innen.

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



## D-2 Instrumente des Qualitätsmanagements

### Audits

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

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

Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung innerhalb angemessener Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus

Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

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

## Risikomanagement

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

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

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

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

1. Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
2. Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären Bereich, teilweise im ambulanten Bereich
3. Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
4. Einführung von Sicherheitschecklisten, zum Beispiel im OP, zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
5. 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
6. Hygienekonzeption und –standards



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

## Zertifizierungen

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



CPU zertifiziert nach der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. Kompetenz- und Referenzzentrum für Hernien Chirurgie (CAH) / DHG-Siegel Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie



TraumaZentrum  
Zertifiziert durch AUC  
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie



Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie zertifiziert von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein und Viszeralchirurgie e.V.



Aktion Saubere Hände  
Erfolgreiche Maßnahme und Qualitätsstandards zur Verbesserung der Händedesinfektion

## Meinungsmanagement

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

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



## Ideen- und Innovationsmanagement

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

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

## Befragungen

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

7. Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
8. Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
9. Rettungsdienstbefragung
10. Speisenversorgung
11. Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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

## D-3 Qualitätsmanagement-Projekte

### Projektmanagement

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir oder andere aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen oder gestartet. Dazu zählen in 2022 unter anderem die Prozess- und Digitalisierungsprojekte:

#### **Prozessoptimierung z. B. OP, Zentrale Notaufnahme und Radiologie**

Seit 2020 wurden Prozess- und Digitalisierungsprojekte in vier verschiedenen Bereichen durchlaufen. Vorangetrieben wurden die Projekte auch durch die AGA-Digitalstrategie.

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

Im Rahmen neuer Prozessqualitäten werden nun Schulungen angeboten, um weiteres Wissen zu vermitteln, das im Rahmen der Dokumentation notwendig ist. Dies wirkt sich insbesondere auf die optimale Steuerung der Verweildauer der Patient:innen aus.

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

In der Radiologie haben sich aufwändige und fehlerhafte händische Übertragungen vom Radiologie-Informationssystem (RIS) in das Krankenhausinformationssystem (KIS) gezeigt. Diese haben einen maßgeblichen Einfluss auf die korrekte Abrechnung und Dokumentation der erbrachten Leistungen. Durch die Einführung eines neuen vollständig integrierten digitalen RIS wird im Zuge des KHZG eine optimierte Funktionalität angestrebt.

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



Abbildung 12 –  
Umbau Schockraum Radiologie