



AGAPLESION  
DIAKONIE KLINIKEN KASSEL

# QUALITÄTSBERICHT 2012

**Standort Burgfeld-Krankenhaus**

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

Erstellt am 28.02.2014



## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>.....4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.9</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses ..... 9
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers ..... 11
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus ..... 11
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie ..... 11
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 11
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit..... 16
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses ..... 16
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus ..... 16
A-10	Gesamtfallzahlen..... 16
A-11	Personal des Krankenhauses ..... 17
A-12	Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ..... 19
A-13	Besondere apparative Ausstattung..... 20
A-14	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement ..... 20
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen .....23</b>
B-1	Geriatric..... 23
B-2	Schmerztherapie..... 32
B-3	Radiologie..... 37
B-4	Physikalische Medizin und Rehabilitation ..... 41
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....45</b>
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V45

C-1.1.[1]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0: .....	45
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	128
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	128
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	128
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V .....	128
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	128
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	128
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>129</b>
D-1	Audits .....	129
D-2	Risikomanagement .....	130
D-3	Meinungsmanagement.....	130
D-4	Zertifizierungen .....	131
D-5	Ideenbörse .....	131
D-6	Befragung.....	132
D-7	Projektorganisation.....	132

## Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

**Titel:**  
**Vorname:** Michaela  
**Name:** Weber  
**Position:** Leitung Medizincontrolling  
**Telefon:** 0561 1002 3160  
**Fax:** 0561 1002 3005  
**E-Mail:** m.weber@diako-kassel.de

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

**Titel:**  
**Vorname:** Jens  
**Name:** Wehmeyer  
**Position:** Kaufmännischer Geschäftsführer  
**Telefon:** 0561 1002 3010  
**Fax:** 0561 1002 3005  
**E-Mail:** j.wehmeyer@diako-kassel.de

### Informationen

**Zusatzinformationen:** <http://www.agaplesion.de/>

Frankfurt am Main, im April 2014

## Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Gerhard Hallenberger  
Vorstand  
AGAPLESION gAG



Jörg Marx  
Vorstand  
AGAPLESION gAG

## Einleitung des Krankenhauses

Sehr geehrte Leser und Leserin,

Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL sind die größte medizinische Einrichtung der Diakonie in Nordhessen und mit 435 Betten plus zehn Plätzen Tagesklinik Geriatrie das größte freigemeinnützige Krankenhaus der Region. Verteilt auf drei Standorte, dem Diakonissen-Krankenhaus, dem Burgfeld-Krankenhaus und der Frauenklinik Dr. Koch, werden die Fachabteilungen Allgemein-, Viszeral- und Gelenkchirurgie, Gefäßchirurgie, Geriatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin mit den Schwerpunkten Angiologie, Gastroenterologie und Kardiologie mit Linksherzkatheter-Messplatz, Onkologie, Anästhesie mit Schmerztherapie sowie Radiologie betrieben.

Die gemeinnützige GmbH ist durch Fusionen der Traditionskrankenhäuser Burgfeld- und Diakonissen-Krankenhaus im Jahr 2001 entstanden. Im Jahr 2010 ist durch Betriebsübergang die Frauenklinik Dr. Koch integriert worden. Träger der AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL sind der christliche Gesundheitskonzern AGAPLESION gemeinnützige AG und die Stiftung Kurhessisches Diakonissenhaus Kassel. Zusätzlich sind die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL Mitgesellschafter der CBG (Christliches Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe gemeinnützige GmbH) mit insgesamt 200 Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Seit 2003 entsteht in der Herkulesstraße am Standort des Diakonissen-Krankenhauses ein Krankenhausneubau. Im März 2007 konnte ein erster Teilabschnitt des Neubaus bezogen werden, im April 2010 ein weiterer. Bis April 2015 wird mit Fertigstellung des nächsten Bauabschnitts gerechnet, der dafür sorgt, dass der Standort des Burgfeld-Krankenhauses aufgelöst werden kann. Durch weitere räumliche Anpassungen bzw. Erweiterungen werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass ein Jahr später, im ersten Halbjahr 2016, die Gynäkologie und Geburtshilfe von der Frauenklinik Dr. Koch in das Diakonissen-Krankenhaus umziehen kann. Damit ist nicht nur eine ca. zwölfjährige Bauphase beendet, sondern auch das strategische Ziel der Standortzusammenlegung umgesetzt worden. Sämtliche Patienten werden dann ausschließlich in Neubaukapazitäten untergebracht. Die Funktionsbereiche (Operationssäle, Kreißsaal Bereich, Endoskopie und Radiologie, Intensiv und Intermediate Care Station, zentraler Aufnahmebereich und die sonstige Infrastruktur) sind nach neusten medizinischen Erkenntnissen und mit modernster Ausstattung errichtet worden.

Seit 2010 existiert das neugebaute Facharztzentrum Vorderer Westen in unmittelbarem Anschluss an den Krankenhausneubau. Hier ist ein Sektor übergreifendes Kompetenzzentrum entstanden, das neuen Versorgungsstrukturen Rechnung trägt. Die Kooperation mit Facharztpraxen, der Dialyse-Einrichtung sowie der Labormedizin steigert die Versorgungsqualität der Patienten erheblich.

Wir sehen unseren Auftrag darin, Menschen in allen Lebensphasen zu behandeln und dabei christliche Nächstenliebe erlebbar zu machen. Unsere Werte sind im christlichen Glauben begründet, sie sind die Basis unseres Handelns. Wir verbinden sie mit Exzellenz in Medizin und Pflege sowie einem verantwortungsvollen Management.

Durch das implementierte Qualitätsmanagement-System wurden bereits vor über zehn Jahren bestehende Qualitätssicherungsmaßnahmen strukturiert und Prozesse standardisiert. Der Erstzertifizierung nach KTQ in 2004 folgte die Rezertifizierung in 2008. Die Umstellung auf ein Qualitätsmanagement-System nach DIN EN ISO 9001:2008 erfolgt seit 2011.

Der gesetzliche Qualitätsbericht nach § 137 SGB V ist ein strukturierter Bericht über das Leistungsspektrum und die Aktivitäten zur Qualitätssicherung unseres Krankenhauses.

Wir verfolgen mit dem Qualitätsbericht folgende Ziele:

- 1. Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
- 2. Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten, insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
- 3. Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Der folgende Qualitätsbericht gliedert sich in vier Teile. Die Leistungs- und Strukturdaten des Gesamthauses und der einzelnen Fachabteilungen finden sich in den Teilen A und B, ausführliche Informationen über die Qualitätssicherung des Hauses und weitere Strukturen des Qualitätsmanagements sind in den Teilen C und D dargestellt.

Zur Krankenhausleitung der AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL gehören:



*v.l.n.r.: Jens Wehmeyer (Kaufmännischer Geschäftsführer), Dr. med. Andreas Fiehn MBA (Ärztlicher Direktor), Cornelia Reissner (Pflegerdienstleiterin), Prof. Dr. med. Ulrich Vetter (Medizinischer Geschäftsführer)*

**Verantwortlich:**

Name	Funktion	Tel. Nr.	Fax Nr.	E-Mail
Diplom-Kaufmann Jens Wehmeyer	Kaufmännischer Ge- schäftsführer	0561 / 1002 - 3010	0561 / 1002 - 3005	j.wehmeyer@diako- kassel.de

**Ansprechpartner:**

Name	Funktion	Tel. Nr.	Fax Nr.	E-Mail
Prof. Dr. med. U. Vetter	Medizinischer Ge- schäftsführer	0561 / 1002 - 3020	0561 / 1002 - 3005	vetter@dfg- gruppe.de
Diplom-Kaufmann Jens Wehmeyer	Kaufmännischer Geschäftsführer	0561 / 1002 - 3010	0561 / 1002 - 3005	j.wehmeyer@diako- kassel.de
Dr. med. Andreas Fiehn	Ärztlicher Direktor	0561 / 1002 - 1201	0561 / 1002 - 1205	a.fiehn@diako- kassel.de
Diplom-Pflegewirtin Cornelia Reissner	Pflegedienstdirektorin	0561 / 1002 - 2010	0561 / 1002 - 2005	c.reissner@diako- kassel.de
Doris Heinemann	Qualitätsmanagement- Beauftragte	0561 / 1002 - 3450	0561 / 1002 - 3455	d.heinemann@diako- kassel.de

Die männliche schließt die weibliche Form mit ein.

Links: ► [www.diako-kassel.de](http://www.diako-kassel.de)  
[www.agaplesion.de](http://www.agaplesion.de)

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Kaufmännischen Geschäftsführer Jens Wehmeyer, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Kassel, den 20.01.2014



Jens Wehmeyer

Geschäftsführer  
AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL gemeinnützige GmbH

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

<b>Krankenhaus IK-Nummer:</b>	260660839
<b>Standortnummer:</b>	99
<b>Krankenhausname:</b>	AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL
<b>Hausanschrift:</b>	Herkulesstrasse 34 34119 Kassel
<b>Telefon:</b>	0561 1002-0
<b>Fax:</b>	0561 1002-1010
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:info@diako-kassel.de">info@diako-kassel.de</a>
<b>URL:</b>	<a href="http://www.diako-kassel.de">http://www.diako-kassel.de</a>

#### Ärztliche Leitung

<b>Person:</b>	Dr. med. Andreas Fiehn, MBA
<b>Position:</b>	Ärztlicher Direktor
<b>Telefon   Fax:</b>	0561/1002-1201   0561/1002-1695
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:a.fiehn@diako-kassel.de">a.fiehn@diako-kassel.de</a>

#### Pflegedienstleitung

<b>Person:</b>	Cornelia Reissner
<b>Position:</b>	Pflegedienstdirektorin
<b>Telefon   Fax:</b>	0561/1002-2000   0561/1002-2005
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:c.reissner@diako-kassel.de">c.reissner@diako-kassel.de</a>

#### Verwaltungsleitung

<b>Person:</b>	Jens Wehmeyer
<b>Position:</b>	Kaufmännischer Geschäftsführer
<b>Telefon   Fax:</b>	0561/1002-3010   0561/1002-3005
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:j.wehmeyer@diako-kassel.de">j.wehmeyer@diako-kassel.de</a>

**Standort**  
**IK-Nummer:** 260660839

**Standortnummer:** 03

**Standortname:** AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL/ Burgfeld-Krankenhaus

**Hausanschrift:** Wigandstr. 6-8  
34131 Kassel

**Telefon:** 0561 1002-0  
**Fax:** 0561 1002-1010

**E-Mail:** [info@diako-kassel.de](mailto:info@diako-kassel.de)  
**URL:** <http://www.diako-kassel.de>

### Ärztliche Leitung

**Person:** Dr. med Andreas Fiehn, MBA  
**Position:** Ärztlicher Direktor  
**Telefon | Fax:** 0561/1002-1201 | 0561/1002-1695  
**E-Mail:** [a.fiehn@diako-kassel.de](mailto:a.fiehn@diako-kassel.de)

### Pflegedienstleitung

**Person:** Cornelia Reissner  
**Position:** Pflegedienstleiterin  
**Telefon | Fax:** 0561/1002-2001 | 0561/1002-2005  
**E-Mail:** [c.reissner@diako-kassel.de](mailto:c.reissner@diako-kassel.de)

### Verwaltungsleitung

**Person:** Jens Wehmeyer  
**Position:** Kaufmännischer Geschäftsführer  
**Telefon | Fax:** 0561/1002-3010 | 0561/1002-3005  
**E-Mail:** [j.wehmeyer@diako-kassel.de](mailto:j.wehmeyer@diako-kassel.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

**Name:** AGAPLESION gAG/ Stiftung Kurhessisches Diakonissenhaus

**Art:** freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

**Lehrkrankenhaus:** nein

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es handelt sich nicht um ein psychiatrisches Krankenhaus.

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- **Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)**  
Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird bei Bedarf durch den Sozialdienst vermittelt. Ein strukturiertes Überleitungsmanagement erweist sich ebenso hilfreich wie Vorträge und Schulungen für Selbsthilfegruppen.
- **Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)**  
Strukturiertes Überleitungsmanagement

Es gibt eine Kooperation mit den Diakonie-Stationen. Diese sind Mitglied in der ständigen Arbeitsgruppe Überleitung (siehe auch MP15 Entlassungsmanagement).

- **Wundmanagement (MP51)**  
Auf den Stationen gibt es ausgebildete Wundexperten nach ICW. Ein standardisiertes Wundmanagement ist vorhanden. Ärzte, Pflegekräfte u. Apothekerin aktualisieren regelmäßig den hauseigenen Standard, der als "Leitfaden zur Wundbehandlung" dient.
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**  
Im Rahmen der physikalischen Therapie (u.a. lokale Eisbehandlung, Fangopackungen, Infrarot-Lichttherapie)
- **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**  
Durch die örtliche Nähe zum Sanitätshaus ist eine eingehende und zeitnahe Versorgung der Patienten gewährleistet.
- **Stomatherapie/-beratung (MP45)**  
Erfolgt durch ausgebildete Fachkräfte für Stomatherapie.
- **Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)**  
Im Pflegebereich werden Pflegevisiten durch die Pflegedienstleitung durchgeführt. Für die Wund- und Stomabehandlung stehen ausgebildete Experten für die Beratung der Patienten und Angehörigen zur Verfügung.
- **Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)**  
Gemäß Leitlinie für Diabetes im Alter der geriatrischen und diabetologischen Fachgesellschaften.

- **Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen (MP39)**  
Beispielsweise Sturzprophylaxe durch Mitarbeiter im Pflegedienst. Die Beratung der Angehörigen und Patienten erfolgt situationsbezogen. Auch gibt es in verständlicher Sprache Flyer zur Sturzprophylaxe, zu Noro-Viren oder zum Umgang mit MRSA.
- **Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)**  
Vorträge für Laien und Fachpersonal in und außerhalb des eigenen Hauses, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- **Sozialdienst (MP63)**  
Sozialdienst berät Patienten, Angehörige bei: 1. Häuslichen Hilfen, wie Vermittlung amb. Pflegedienst, 2. Kurzzeitpflege, Heimplatz, Hospiz, 3. Hilfsmittel, 4. Rehabilitation, 5. Anträge bei Pflegekasse, gesetzliche Betreuung.
- **Schmerztherapie/-management (MP37)**  
Kooperation mit Schmerztherapeutischen Praxis Dr. Falk/Fröhlich. Multimodale Therapie, medikamentöse Schmerztherapie, Opiatrotation, Physiotherapie, Konsiliardienst.
- **Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)**  
In Kooperation mit Dr. med. Michael Schmidt, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin; Betreuung durch abteilungsinterne Psychologin: Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Entspannungstraining; psychoonkologische Betreuung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen
- **Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) (MP60)**  
im Rahmen der physiotherapeutischen Einzeltherapie
- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**  
Einzeltherapie: KG auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. Bobath, PNF), Gangschulung, Atemtherapie, apparativ-gestützte Mobilisation, apparativ-gestütztes Kraft- und Kreislauftraining. Gruppentherapie: Hockergymnastik für Rumpf u. obere Extremitäten bei Pat. mit eingeschränktem Geh- und Stehvermögen.
- **Pädagogisches Leistungsangebot (MP30)**  
Schulung von Patienten und Angehörigen.
- **Medizinische Fußpflege (MP26)**  
Auf Wunsch wird ein medizinischer Fußpfleger ins Haus bestellt.
- **Massage (MP25)**  
Klassische Massage, auch modifiziert, Bindegewebsmassage, Friktionsmassage
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**  
Komplexe physikalische Entstauungstherapie mit manueller Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung
- **Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)**  
Fortgebildetes Personal unterstützt die Patienten. Geriatrie: Multimodale Therapie mit Miktionsprotokoll, Toilettentraining, Physiotherapie, physikalischer Therapie, Hilfsmittelversorgung, instrumenteller Harnblasen-Langzeitdrainage, medikamentöser Behandlung sowie Patienten- und Angehörigenberatung
- **Kinästhetik (MP21)**  
Fortbildungen zu Kinästhetik werden von einem qualifizierten Trainer angeboten. Anwendung im Rahmen der Pflegestandards



- **Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege (MP17)**  
Pflegebereich arbeitet nach Pflegemodell von Nancy Roper (ATL). Die Bereichs- und Gruppenpflege kommt in einer modifizierten Form zur Anwendung. Im Intensivbereich wird nach der Bezugspflege gearbeitet. In der Geriatrie gibt es Case-Manager und strukturierte interdisziplinäre Teambesprechungen.
- **Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)**  
Das Entlassungsmanagement ist im Verfahrensstandard geregelt. Im Konzept zur Patienten-Überleitung sind Berufsgruppen Aufgaben klar zugeordnet. Es finden regelmäßig Treffen von Sozialdienst, Pflege, Diakoniestationen und Diako-Sanitätshaus statt, um Aktuelles zu besprechen u. Vereinbarungen zu treffen.
- **Sporttherapie/Bewegungstherapie (MP11)**  
Fortbildungen zu Kinästhetik und Bobath werden angeboten. Fortgebildete Mitarbeiter wenden dies an. Hockergymnastik für Patienten mit eingeschränktem Geh- und Stehvermögen.
- **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**  
z.B. für Patienten mit Lactoseintoleranz, Histaminintoleranz, für geriatrische Patienten mit Ernährungs- u./o. Schluckstörungen
- **Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)**  
Wir bieten Palliativmedizin/-pflege. Sterbebegleitung durch Seelsorge und Pflegedienst. Abschiedsraum vorhanden. Aussegnung wird von Seelsorge angeboten, Versorgung verstorbener muslimischer Patienten ist möglich. Mitarbeitende bilden sich in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender fort.
- **Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung (MP56)**  
Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL setzen das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement konsequent um. In dem Konzept sind Regelungen zur Arbeitsbelastung beschrieben.
- **Basale Stimulation (MP06)**  
Dieses Thema wird im Rahmen der Innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung angeboten. Fortgebildete Mitarbeiter wenden die basale Stimulation bei ihrer pflegerischen Tätigkeit an.
- **Atemgymnastik/-therapie (MP04)**  
Diese erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiterinnen der Physiotherapie nach ärztl. Anordnung. Atemgymnastik (Physiotherapie), Vibrax, Inhalationen
- **Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)**  
Erfolgt über unseren Pflege- u. Sozialdienst, das angegliederte Diako-Sanitätshaus, die Diakoniestationen sowie unsere Seelsorge. Angehörigenberatung erfolgt bei Anleitung von Verbänden, Stomaver-sorgung o. nachstationärer Versorgung in allgem. Pflege. Die DKK-Elternschulen bieten zahlreiche Kurse an

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

### Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM03)

**Kommentar:** Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle stehen zur Verfügung.

### Zwei-Bett-Zimmer (NM10)

**Kommentar:** Zwei-Bett-Zimmer stehen zur Verfügung.

### Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM11)

**Kommentar:** Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle stehen zur Verfügung.

### Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (NM14)

**Zusatzangaben:** Kosten pro Tag: 0€

**Kommentar:** Fernsehgeräte können gegen eine Kautionsentliehen werden.

### Rundfunkempfang am Bett (NM17)

**Zusatzangaben:** Kosten pro Tag: 0€

**Kommentar:** Neben einer Auswahl von Radioprogrammen kann die hauseigene Sendung Patientenfunk sowie die Übertragung von Andachten und Gottesdiensten gehört werden.

### Telefon am Bett (NM18)

**Zusatzangaben:** Kosten pro Tag: 1€

Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€

Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,0€

**Kommentar:** Jeder Bettplatz hat ein Telefon (Kartensystem).

### Wertfach/Tresor am Bett/Im Zimmer (NM19)

**Kommentar:** Die Patienten haben die Möglichkeit den Tresor im Pflegedienstzimmer zu nutzen.

### Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum (NM01)

**Kommentar:** Auf jeder Station steht ein Aufenthaltsraum zur Verfügung.

#### Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) (NM66)

**Zusatzangaben:** Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: muslimische Ernährung, vegetarische Ernährung

**Kommentar:** Vegetarische und muslimische Ernährung ist über die Küche zu bestellen.

#### Hotelleistungen (NM65)

**Kommentar:** Auf Wunsch kann der Krankenhausaufenthalt auch ohne medizinische Notwendigkeit verlängert werden, bzw. die Aufnahme am Vortag erfolgen.

#### Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen (NM60)

**Kommentar:** Auf Wunsch vermittelt der Sozialdienst Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen.

#### Seelsorge (NM42)

**Kommentar:** Evang. u. kath. Seelsorger u. Pfarrer besuchen regelmäßig Patienten und sind für Angehörige u. Mitarbeiter da. Patienten können Sakramente erhalten. Seelsorgeteam ist auch nachts und an Wochenenden über eine Rufbereitschaft erreichbar.

#### Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (NM40)

**Kommentar:** Alle Patienten werden in der Regel im Burgfeld-KH über das Aufnahmezimmer aufgenommen und von dort i. d. R. durch Pflegedienst auf Station begleitet.

#### Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) (NM09)

**Kommentar:** Begleitpersonen können im Bedarfsfall mit aufgenommen werden. Wenn ein Patient im Sterben liegt, wird den Angehörigen die Möglichkeit gegeben, jederzeit dabeizubleiben.

#### Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen (NM49)

**Kommentar:** Es finden regelmäßig, intern und auch extern, Informationsveranstaltungen mit wechselnden Themen für Patienten statt. Am Tag der offenen Tür kann man sich über die einzelnen Fachabteilungen und deren Fachspektrum informieren

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

- **Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (BF09)**

Die genaue Beschreibung der Barrierefreiheit finden Sie unter den einzelnen Fachabteilungen.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

Famulanten sind sehr erwünscht und können jederzeit in allen Abteilungen famulieren. Kontakt über den Ärztlichen Direktor, Dr. A. Fiehn, MBA

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- **Ergotherapeut und Ergotherapeutin (HB06)**

Ausbildungsvertrag zwischen Fachschulen und geriatrischer Abteilung/Bereich physikalische Medizin und Rehabilitation

- **Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)**

Ausbildung der DKK im Verbund mit Rotes Kreuz Krankenhaus und Marienkrankenhaus Kassel in der CBG Christliches Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe gGmbH mit 90 Ausbildungsplätzen. Die CBG kooperiert mit der Ev. Fachhochschule Darmstadt, dies ermöglicht einen verkürzten Bachelorstudiengang.

- **Logopäde und Logopädin (HB09)**

Ausbildungsvertrag zwischen Fachschulen und geriatrischer Abteilung/Bereich physikalische Medizin und Rehabilitation

- **Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin (HB03)**

Ausbildungsvertrag zwischen Fachschulen und geriatrischer Abteilung/Bereich physikalische Medizin und Rehabilitation

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

**Betten:** 60

## A-10 Gesamtfallzahlen

**Vollstationäre Fallzahl:** 1053

**Teilstationäre Fallzahl:** 0

**Ambulante Fallzahl:** 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	8,9 Vollkräfte
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,2 Vollkräfte
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen

### A-11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	26,7 Vollkräfte	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,5 Vollkräfte	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3,4 Vollkräfte	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,7 Vollkräfte	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2,3 Vollkräfte	ab 200 Stunden Basiskurs

### A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte (SP02)	1,0	
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)	3,0	Wundexperten nach ICW
Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05)	4,2	
Logopäde und Logopädin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)	1,2	
Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) (SP56)	1,5	
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	6,3	
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)	1,4	Jeder Patient in der Geriatrie erhält im Rahmen des geriatrischen Assessments Besuch vom Sozialdienst, um die Lebensumstände zu klären und ggf. Maßnahmen in die Wege zu leiten. Des Weiteren gibt es für die Stationen fest zugeordnete Mitarbeiter.
Podologe und Podologin (Fußpfleger und Fußpflegerin) (SP22)	0	Kooperation mit externen Anbietern besteht, diese kommen auf Anforderung kurzfristig zum Patienten.
Personal mit Zusatzqualifikationen nach Bobath oder Vojta (SP32)	0	Qualifikation ist durch fortgebildetes Personal im geriatrischen Behandlungssystem vorhanden.
Diätassistent und Diätassistentin (SP04)	0	In der hauseigenen Küche sind Mitarbeiter mit der entsprechenden Qualifikation beschäftigt.
Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin (SP18)	0	Durch die Kooperation mit dem im Haus befindlichen Diako-Sanitätshaus stehen Orthopädietechniker und Orthopädieschuhmacher täglich kurzfristig zur Verfügung.
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	0	Ein Psychologe kann bei Bedarf jederzeit angefordert werden.

#### A-11.4 Hygienepersonal

	Anzahl	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 Personen	externer Hygieniker
Hygienebeauftragte Ärzte und Hygienebeauftragte Ärztinnen	1 Personen	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1 Personen	
Hygienebeauftragte in der Pflege	4 Personen	In allen Bereichen sind Hygienebeauftragte MA eingesetzt

**Hygienekommission eingerichtet:** ja  
**Vorsitzende/ -er:** Herr Dr. med. A. Fiehn, ÄD

#### A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

##### Doris Heinemann

**Position:** QMB  
**Straße / Hausnummer:** Herkulesstr. 34  
**PLZ / Ort:** 34123 Kassel  
**Telefon:** 0561 1002 3450  
**Fax:** 0561 1002 3455  
**E-Mail:** d.heinemann@diako-kassel.de

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Apparative Ausstattung	24h	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein	in Kooperation mit einer niedergelassenen Radiologischen Praxis am Standort Diakonissen-Krankenhaus.
AA01	Angiographiegerät/DSA	Ja	am Standort Diakonissen-Krankenhaus
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Ja	in Kooperation extern

### A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

#### Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt

**Aussage:** Ja

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

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

**Aussage:** Ja

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

#### Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden

**Aussage:** Ja

**Kommentar:** Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige, Besucher und Kooperationspartner gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren freundlichen Mitarbeitenden äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unser Mitarbeiter des Meinungsmanagements nimmt gerne Meinungen entgegen.

### Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden

**Aussage:** Ja

**Kommentar:** Für Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind an zentralen Orten des Krankenhauses Meinungsbögen ausgelegt. Sofern von den Patienten, Angehörigen oder Besuchern gewünscht, können Mitarbeitende helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Fax, E-Mailadresse) des Ansprechpartners im Meinungsmanagement sind veröffentlicht und folglich für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann.

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

**Aussage:** Ja

**Kommentar:** Die Rückmeldung an den Meinungsführer liegt innerhalb einer festgelegten Frist (optimal innerhalb von 10 Werktagen), sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt. Falls sich die Rückmeldungsmöglichkeit verzögert, erhält der Beschwerdeführer unmittelbar eine Zwischenmeldung.

### Patientenbefragungen

**Aussage:** Nein

### Einweiserbefragungen

**Aussage:** Nein

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

**Vorname:** Thomas  
**Name:** Penkazki  
**Straße:** Wigandstr.  
**Hausnummer:** 6-8  
**Postleitzahl:** 34131  
**Ort:** Kassel  
**Telefon:** 0561 1002 3480  
**Fax:** 0561 1002 3485  
**E-Mail:** t.penkatzki@diako-kassel.de

#### Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

**Kommentar:** Sprechzeiten: Mo ,Di, Do, Fr 13.00-16.00 Uhr  
zusätzlich bei Bedarf.

#### Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

**Kommentar:** Trifft nicht zu

#### Zusatzinformationen Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

**Kommentar:** Wir haben für Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeitende an zentralen Orten des Krankenhauses Meinungsbögen ausgelegt. Meinungsbögen können in vorgesehene Briefkästen im Eingangsbereich eingeworfen werden, um die Anonymität zu gewährleisten liegen Briefumschläge aus. Meinungsbögen können per Post an das Meinungsmanagements gesendet werden. Unsere Homepage <http://www.diako-kassel.de/Meinungsmanagement.5918.0.html> bietet eine weitere Möglichkeit für die anonyme Meldung einer Meinung.

**Vorwahl:** 0561  
**Telefon:** 1002  
**Durchwahl:** 3480  
**E-Mail:** meinungen@diako-kassel.de

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

### **B-1 Geriatrie**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben**

**Fachabteilung:** Geriatrie



**Chefarzt:** Dr. med. H.-J. Harhoff

**Ansprechpartner:** Sekretariat: Frau Blankenberg  
**Hausanschrift:** Wigandstr. 6-8  
34131 Kassel

**Telefon:** 0561 1002-1015  
**Fax:** 0561 1002-1005

**E-Mail:** [h-j.harhoff@diako-kassel.de](mailto:h-j.harhoff@diako-kassel.de)  
**URL:** <http://www.diako-kassel.de>

#### **B-1.2 Medizinische Leistungsangebote – Geriatrie**

- **Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)**  
EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie, Herzkatheter. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie, Ergometertraining. Gefäßerweiterungen (PTCA mit und ohne Stent) in der kardiologischen Abteilung unseres Hauses.
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)**  
Transthorakale und transoesophageale Echokardiographie, EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG. Medikamentöse Therapie, Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)**  
Periphere Dopplersonographie, Angiographie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, physik. Therapie. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. PTA mit und ohne Stent, Auflösung von Blutgerinnseln über Gefäßkatheter und Gefäßoperationen im Gefäßmedizinischen Zentrum des Hauses.
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)**  
Venen-Kompressions-Duplexsono, Phlebographie. Medikamentöse Therapie von Thrombosen und Venenentzündungen. Physiotherapie und physikalische Therapie Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung.

- **Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)**  
Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kranielles CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnversorgenden Gefäße. Laboruntersuchungen. Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**  
Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Langzeitblutdruckmessung, Echokardiographie, Röntgen, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, physikalische Therapie, Ernährungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie.
- **Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)**  
Sonographie einschl. Duplexsonographie der Nierengefäße, Angiographie, CT, MRT. Hämodialyse über assoziierte Dialysepraxis.
- **Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)**  
U. a. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Vitaminmangelzustände und Malnutrition. Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Ultraschall- und Laboruntersuchungen. Medikamentöse Behandlung. Behebung von Mangelzuständen
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)**  
Sono, Röntgen, CT, Labor, in Kooperation mit der Abteilung für Gastroenterologie endoskopische Untersuchungen. Medikamentöse Therapie, endoskopische Eingriffe (Abteilung für Gastroenterologie), operative Eingriffe (Abteilung für Chirurgie). Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)**  
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).
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)**  
Sonographie, CT
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)**  
Labor, Sonographie, CT. Medikamentöse Therapie, ggf. operative Behandlung in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**  
Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, Spirometrie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie (insbes. Atemgymnastik), physikalische Therapie (insbesondere Vibrax-Klopfmassage und Inhalationen), Ergotherapie
- **Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)**  
Labor, Röntgen. Medikation, Physiotherapie, physikalische Therapie
- **Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)**  
Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Geriatriische Frührehabilitation unterschiedlicher onkologischer Erkrankungen
- **Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)**  
Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Antimikrobielle Chemotherapie
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)**  
Geriatriches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung.

- **Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)**  
Im Rahmen der Behandlung geriatrisch-gerontopsychiatrischer Patienten (geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung, psychologische und psychosoziale Interventionen)
- **Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)**  
EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie. Medikamentöse Therapie. Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie in der kardiologischen Abteilung unseres Krankenhauses.
- **Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)**  
In Kooperation mit einem assoziierten ambulanten Schlaflabor, Screening auf der Station
- **Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)**  
Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie.
- **Palliativmedizin (VI38)**  
Im Rahmen der geriatrischen Behandlung: palliativmedizinisches Assessment, medikamentöse und nicht-medikamentöse (Physiotherapie, physikalische Therapie) Schmerztherapie, psychologische und seelsorgerische Betreuung, psychosoziale
- **Physikalische Therapie (VI39)**  
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).
- **Schmerztherapie (VI40)**  
Medikamentöse und nicht-medikamentöse (Physiotherapie, physikalische Therapie) Schmerztherapie. Spezielle Schmerztherapie in Kooperation mit einer Schmerzpraxis an unserem Krankenhaus.
- **Geriatrische Tagesklinik (VI44)**  
Geriatrische Tagesklinik siehe Standort Diakonissen-Krankenhaus
- **Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)**  
Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kranielles 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
- **Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)**  
Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie
- **Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)**  
Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie
- **Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)**  
Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)**  
Sonographie, Röntgen, CT. Medikamentöse Therapie, diagnostische und therapeutische Punktionen, Physiotherapie, physikalische Therapie. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.



- **Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)**  
Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie
- **Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)**  
Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)**  
Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)**  
Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
- **Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)**  
Im Zentrum für Altersmedizin am Burgfeldkrankenhaus stationäre und ambulante gerontopsychiatrische Betreuung sowie geriatrische Komplexbehandlung voll- und teilstationär
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)**  
Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.

### B-1.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie

- **Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung (BF16)**  
Mit Zercur weitergebildete Mitarbeiter, Demenzcoach
- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar) (BF17)**  
Alle elektrischen Betten sind höhenverstellbar und für übergroße Patienten bis 240 Kg geeignet.
- **Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Patientenlifter (BF21)**  
werden bei Bedarf angemietet
- **Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Anti-Thrombosestrümpfe (BF22)**  
sind bei Bedarf bestellbar.
- **Allergenarme Zimmer (BF23)**  
keine Pollenfilter vorhanden
- **Diätische Angebote (BF24)**  
Diätberatung über die Küche möglich

#### B-1.4 Fallzahlen - Geriatrie

Vollstationäre Fallzahl: 975  
Teilstationäre Fallzahl: 0

#### B-1.5 Hauptdiagnosen nach ICD

##### B-1.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	217	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
2	R26	171	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
3	S72	115	Knochenbruch des Oberschenkels
4	S32	35	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
5	I50	30	Herzschwäche
6	F05	21	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
7	I61	19	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns
8	S42	18	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
9	M16	16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
10	G45	15	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen
11	E86	14	Flüssigkeitsmangel
12	M17	14	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
13	S06	14	Verletzung des Schädelinneren
14	G20	13	Parkinson-Krankheit
15	J44	12	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD

## **B-1.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### **B-1.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Absolute Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	8-550	789	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	1-266	252	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
3	1-771	133	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
4	8-930	119	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	3-990	75	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
6	3-994	72	Computergestützte Darstellung von Körperstrukturen in Dreidimensionalität - Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik
7	8-987	48	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
8	1-632	44	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
9	5-431	19	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
10	1-440	17	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
11	8-98a	13	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt
12	8-800	10	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
13	1-650	7	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
14	1-631	6	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung
15	8-854	5	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse

## B-1.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Internistische Geriatrische Privatambulanz Dr. Harhoff

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

## B-1.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-1.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-1.10 Personelle Ausstattung

### B-1.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,5 Vollkräfte	0,00769
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,8 Vollkräfte	0,00390
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

### Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Innere Medizin (AQ23)**  
volle Weiterbildungsermächtigung im Rotationssystem
- **Physikalische und Rehabilitative Medizin (AQ49)**

### Zusatz-Weiterbildung

- **Geriatric (ZF09)**  
Volle Weiterbildungsermächtigung
- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Physikalische Therapie und Balneologie (ZF32)**
- **Rehabilitationswesen (ZF37)**

### B-1.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	26,7 Vollkräfte	0,02738	3 Jahre
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,5 Vollkräfte	0,00051	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3,4 Vollkräfte	0,00349	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,7 Vollkräfte	0,00277	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2,3 Vollkräfte	0,00236	ab 200 Stunden Basiskurs

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

### Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**  
Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.

### Zusatzqualifikation

- **Basale Stimulation (ZP01)**  
Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
- **Bobath (ZP02)**  
Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
- **Dekubitusmanagement (ZP18)**  
Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei Patienten wird anhand der Bradenskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.

- **Diabetes (ZP03)**  
Diabetesberatung wird angeboten.
- **Entlassungsmanagement (ZP05)**  
z.B. Überleitungspflege
- **Ernährungsmanagement (ZP06)**  
In der Geriatrie wird bei jeder Neuaufnahme der BMI bestimmt und ein Ernährungsprotokoll angelegt. Die Einnahme der Mahlzeiten wird überwacht.
- **Geriatrie (ZP07)**  
Die Weiterbildung Zercur wird über die angegliederte Krankenpflegeschule (CBG) angeboten. Die Mitarbeiter der Geriatrie nehmen verpflichtend daran teil.
- **Kinästhetik (ZP08)**  
Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
- **Kontinenzmanagement (ZP09)**  
Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patienten und Angehörigen zur Verfügung.
- **Praxisanleitung (ZP12)**  
Die Weiterbildung wird über die angegliederte Krankenpflegeschule (CBG) angeboten. Weitergebildete Mitarbeiter sind auf allen Stationen im Einsatz.
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**  
Fortgebildete Mitarbeiter
- **Rehabilitation (ZP21)**  
Fortgebildete Mitarbeiter
- **Stomamanagement (ZP15)**  
Weitergebildete Stomatherapeuten stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
- **Sturzmanagement (ZP19)**  
Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patienten und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
- **Wundmanagement (ZP16)**  
Ausgebildete Wundmanager (Wundexperte ICW) stehen zur Verfügung.

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

Trifft nicht zu.

## **B-2 Schmerztherapie**

### **B-2.1 Allgemeine Angaben**

<b>Fachabteilung:</b>	Schmerztherapie
<b>Chefarzt:</b>	Hr. Dr. Falk, Fr. Dr. Fröhlich
<b>Ansprechpartner:</b>	
<b>Hausanschrift:</b>	Wigandstr. 6-8 34131 Kassel
<b>Telefon:</b>	0561 1002-0
<b>Fax:</b>	0000 0000-0
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:info@diako-kassel.de">info@diako-kassel.de</a>
<b>URL:</b>	<a href="http://www.diako-kassel.de">http://www.diako-kassel.de</a>

### **B-2.2 Medizinische Leistungsangebote - Schmerztherapie**

- **Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)**
- **Schmerztherapie (VI40)**
- **Schmerztherapie (VN23)**

### **B-2.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Schmerztherapie**

- **Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung (BF16)**  
Mit Zercur weitergebildete Mitarbeiter, Demenzcoach
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **Allergenarme Zimmer (BF23)**  
keine Pollenfilter vorhanden
- **Diätische Angebote (BF24)**  
Diätberatung über die Küche möglich
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)**  
Alle elektrischen Betten sind höhenverstellbar und für übergroße Patienten bis 240 Kg geeignet.
- **Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Patientenlifter (BF21)**  
werden bei Bedarf angemietet
- **Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Anti-Thrombosestrümpfe (BF22)**  
sind bei Bedarf bestellbar

## B-2.4 Fallzahlen - Schmerztherapie

Vollstationäre Fallzahl: 78  
Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-2.5 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-2.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M79	27	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes
2	M48	10	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule
3	M47	7	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule
4	M54	5	Rückenschmerzen
5	G62	4	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven
6	M80	4	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
7	G43	< 4	Migräne
8	M42	< 4	Abnutzung der Knochen und Knorpel der Wirbelsäule
9	M96	< 4	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen
10	G44	< 4	Sonstiger Kopfschmerz
11	G50	< 4	Krankheit des fünften Hirnnervs
12	M06	< 4	Sonstige anhaltende (chronische) Entzündung mehrerer Gelenke
13	M15	< 4	Verschleiß (Arthrose) an mehreren Gelenken
14	M19	< 4	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)
15	M43	< 4	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens

## B-2.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-2.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-918	62	Fachübergreifende Behandlung von Patienten mit lang andauernden Schmerzen
2	3-990	5	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
3	3-994	5	Computergestützte Darstellung von Körperstrukturen in Dreidimensionalität - Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik
4	1-440	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
5	1-632	< 4	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
6	1-650	< 4	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
7	5-452	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
8	5-469	< 4	Sonstige Operation am Darm
9	8-931	< 4	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)

## B-2.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

## B-2.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-2.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-2.10 Personelle Ausstattung

### B-2.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0,4 Vollkräfte	0,00513
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,4 Vollkräfte	0,00513
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

### Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

- **Anästhesiologie (AQ01)**

### Zusatz-Weiterbildung

- **Spezielle Schmerztherapie (ZF42)**

### B-2.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Die für die Schmerztherapie tätigen Pflegekräfte sind in der Geriatrie mit eingerechnet.
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Die für die Schmerztherapie tätigen Pflegekräfte sind in der Geriatrie mit eingerechnet.
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Die für die Schmerztherapie tätigen Pflegekräfte sind in der Geriatrie mit eingerechnet.
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0 Vollkräfte	0,00000	1 Jahr	Die für die Schmerztherapie tätigen Pflegekräfte sind in der Geriatrie mit eingerechnet.
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0 Vollkräfte	0,00000	ab 200 Stunden Basiskurs	Die für die Schmerztherapie tätigen Pflegekräfte sind in der Geriatrie mit eingerechnet.

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

### Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**  
Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.

### Zusatzqualifikation

- **Basale Stimulation (ZP01)**  
Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
- **Bobath (ZP02)**
- **Dekubitusmanagement (ZP18)**  
Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem Patient wird anhand der Bradenskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.

- **Diabetes (ZP03)**  
z. B. Diabetesberatung
- **Entlassungsmanagement (ZP05)**  
z. B. Überleitungspflege
- **Ernährungsmanagement (ZP06)**
- **Geriatric (ZP07)**
- **Kinästhetik (ZP08)**
- **Kontinenzmanagement (ZP09)**  
Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patienten und Angehörigen zur Verfügung.
- **Praxisanleitung (ZP12)**
- **Qualitätsmanagement (ZP13)**
- **Rehabilitation (ZP21)**
- **Stomamanagement (ZP15)**  
Weitergebildete Stomatherapeuten stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
- **Sturzmanagement (ZP19)**  
Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patienten und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
- **Wundmanagement (ZP16)**  
In allen Fachabteilungen sind ausgebildete Wundmanager (Wundexperte ICW) vorhanden.

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

Trifft nicht zu.

## **B-3 Radiologie**

### **B-3.1 Allgemeine Angaben**

<b>Fachabteilung:</b>	Radiologie
<b>Chefarzt:</b>	Dr. Truß
<b>Ansprechpartner:</b>	Sekretariat Frau Förster
<b>Hausanschrift:</b>	Wigandstr. 6-8 34313 Kassel
<b>Telefon:</b>	0561 1002-1715
<b>Fax:</b>	0561 1002-1725
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:info@diako-kassel.de">info@diako-kassel.de</a>
<b>URL:</b>	<a href="http://www.diako-kassel.de">http://www.diako-kassel.de</a>

### **B-3.2 Medizinische Leistungsangebote - Radiologie**

- **Interventionelle Radiologie (VR41)**  
Mikroinvasive Schmerztherapien
- **Knochendichtemessung (alle Verfahren) (VR25)**  
Computertomographische Knochendichtebestimmung
- **Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)**  
Röntgendiagnostik aller Organsysteme einschließlich spezieller Durchleuchtungsverfahren in digitaler Technik. Alle Aufnahmen werden auf Wunsch mit dem Patienten besprochen. Das Bildmaterial kann dem Patienten in Originalqualität auf CD-ROM zur Verfügung gestellt werden.
- **Sonstige im Bereich Radiologie (VR00)**  
modernste Technik mit digitalem Befund- und Bildarchiv
- **Phlebographie (VR16)**  
Venendarstellung der Arme, Beine und des Körperstammes
- **Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)**  
z. B. Ösophagographie, Gastrographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie,
- **Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) (VR07)**  
Röntgenfernaufnahmen des Schädels zur dentalmedizinischen Diagnostik; Spezial Atlas Zielaufnahme zur Atlasterapie; Knochenalterbestimmung

### B-3.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Radiologie

- **Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung (BF16)**  
Mit Zercur weitergebildete Mitarbeiter, Demenzcoach
- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)**  
Alle elektrischen Betten sind höhenverstellbar und für übergroße Patienten bis 240 Kg geeignet.
- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**

### B-3.4 Fallzahlen - Radiologie

**Vollstationäre Fallzahl:** 0

**Teilstationäre Fallzahl:** 0

**Kommentar:** Die Fallzahlen werden den entlassenden Fachabteilungen zugerechnet.

### B-3.5 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-3.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-3.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-3.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	384	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
2	3-203	30	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
3	3-225	23	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
4	3-206	16	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel
5	3-222	10	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
6	3-207	8	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
7	3-800	6	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel
8	3-20x	5	Sonstige Computertomographie (CT) ohne Kontrastmittel
9	3-202	< 4	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
10	3-828	< 4	Kernspintomographie (MRT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel
11	3-220	< 4	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel
12	3-221	< 4	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel
13	3-820	< 4	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
14	3-205	< 4	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel
15	3-223	< 4	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks mit Kontrastmittel

### **B-3.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

### **B-3.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-602	< 4	Röntgendarstellung des Aortenbogens mit Kontrastmittel
2	3-603	< 4	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel

### **B-3.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

### **B-3.10 Personelle Ausstattung**

#### **B-3.10.1 Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	1,0 Vollkräfte	0,00000
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,0 Vollkräfte	0,00000
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#### **Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)**

- Radiologie (AQ54)

#### **Zusatz-Weiterbildung**

- Röntgendiagnostik – fachgebunden – (ZF38)

### B-3.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Im Bereich der Radiologie werden die MTRA's eingesetzt.

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

### Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

### Zusatzqualifikation

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

Trifft nicht zu.

## B-4 Physikalische Medizin und Rehabilitation

### B-4.1 Allgemeine Angaben

**Fachabteilung:** Physikalische Medizin und Rehabilitation



**Chefarzt:** Dr. med. H.-J. Harhoff

**Ansprechpartner:** Sekretariat: Frau Blankenberg  
**Hausanschrift:** Wigandstr. 6-8  
 34131 Kassel

**Telefon:** 0561 1002-1015  
**Fax:** 0561 1002-1005

**E-Mail:** [h.j.harhoff@diako-kassel.de](mailto:h.j.harhoff@diako-kassel.de)  
**URL:** <http://www.diako-kassel.de>

#### **B-4.2 Medizinische Leistungsangebote - Physikalische Medizin und Rehabilitation**

- **Sonstige im Bereich Innere Medizin (VI00)**  
Kardiologische Frührehabilitation
- **Schmerztherapie (VI40)**
- **Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)**  
Chirurgische Frührehabilitation,  
Unfallchirurgische Frührehabilitation  
Gefäßchirurgische Frührehabilitation  
(Frührehabilitation nach gefäßchirurgischen Eingriffen sowie Erstprothesenversorgung und-schulung nach Amputation),
- **Sonstige im Bereich Neurologie (VN00)**  
Neurologische Frührehabilitation
- **Sonstige im Bereich Orthopädie (VO00)**  
Orthopädische Frührehabilitation

#### **B-4.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Physikalische Medizin und Rehabilitation**

- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**

#### **B-4.4 Fallzahlen - Physikalische Medizin und Rehabilitation**

**Vollstationäre Fallzahl:** 0  
**Teilstationäre Fallzahl:** 0

## **B-4.5 Hauptdiagnosen nach ICD**

### **B-4.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu.

## **B-4.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### **B-4.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu.

## **B-4.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Ambulanz Dr. Harhoff**

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
Kommentar	Physiotherapie und physikalische Therapie (auf Rezept für VdAK-Versicherte)
Angebotene Leistung	Physikalische Therapie (VI39)
Angebotene Leistung	Physiotherapie (VI00)

### **Ambulanz Dr. Harhoff**

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Physikalische und Rehabilitative Medizin (Krankengymnastik, Ergotherapie, Physikalische Therapie und Logopädie durch entsprechend qualifizierte Therapeuten unter fachärztlicher Weisung)
Angebotene Leistung	Ergotherapie (VI00)
Angebotene Leistung	Physikalische Therapie (VI39)
Angebotene Leistung	Physiotherapie (VI00)

## **B-4.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

## B-4.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-4.10 Personelle Ausstattung

### B-4.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000	Der Chefarzt der Klinik für Geriatrie leitet auch die Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation.
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

### Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

- Physikalische und Rehabilitative Medizin (AQ49)

### Zusatz-Weiterbildung

### B-4.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Das spezielle therapeutische Personal der Abteilung Physikalischen Medizin und Rehabilitation ist unter A 11.3 dargestellt.

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

### Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

### Zusatzqualifikation

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

Trifft nicht zu.

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	83	100,0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	52	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	19	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	32	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	8	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	6	100,0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	44	100,0	
Cholezystektomie (12/1)	135	100,0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	1042	99,9	gemeinsame Dokumentationsrate für zwei Standorte
Geburtshilfe (16/1)	1943	100,0	
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)	15	100,0	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)	72	100,0	
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)	< 4	0	
Mammachirurgie (18/1)	11	100,0	gemeinsame Dokumentationsrate für zwei Standorte
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)	376	100,0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	164	100,0	gemeinsame Dokumentationsrate für zwei Standorte

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	1129	100,0	gemeinsame Dokumentationsrate für zwei Standorte
Neonatologie (NEO)	6	100,0	

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

### C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren:

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

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

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	80 / 80
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	95,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers
<b>Zähler / Nenner</b>	80 / 80
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	95,4 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Dauer der Operation bis 60 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher (sog. VVI-Herzschrittmacher)
<b>Zähler / Nenner</b>	26 / 26
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 60,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	87,1 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Dauer der Operation bis 90 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher (sog. DDD-Herzschrittmacher)
<b>Zähler / Nenner</b>	48 / 48
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 55,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	92,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher
<b>Zähler / Nenner</b>	26 / 26
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 75,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	87,1 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher
<b>Zähler / Nenner</b>	48 / 48
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 80,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	92,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Chirurgische Komplikationen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 83
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 4,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Vorhofsendendislokation</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Lageveränderung der Sonde im Herzvorhof
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 48
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 7,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Ventrikelseendislokation</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Lageveränderung von Sonden in den Herzkammern
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 83
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 4,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonde im Vorhof
<b>Zähler / Nenner</b>	43 / 43
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 80,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	91,8 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonden in den Herzkammern
<b>Zähler / Nenner</b>	81 / 81
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	95,5 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	26 / 26
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 77,3\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	87,1 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	53 / 53
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 85,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	93,2 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Vorhofsonde während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	28 / 28
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 87,3%
<b>Vertrauensbereich</b>	87,9 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Herzkammersonden während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	34 / 34
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 87,5%
<b>Vertrauensbereich</b>	89,8 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	51,0 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	14 / 14
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	78,5 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde in der Herzkammer während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	13 / 13
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	77,2 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anpassen der Vorhofsonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 1,5 mV)
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 80,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	51,0 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anpassen der Herzkammersonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 4 mV)
<b>Zähler / Nenner</b>	13 / 13
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	77,2 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Leitlinienkonforme Indikation</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers
<b>Zähler / Nenner</b>	32 / 32
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	89,3 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers
<b>Zähler / Nenner</b>	31 / 32
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,9%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	84,3 - 99,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Eingriffsdauer bis 75 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Dauer der Operation bis 75 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
<b>Zähler / Nenner</b>	16 / 16
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 60,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	80,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Dauer der Operation bis 105 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
<b>Zähler / Nenner</b>	9 / 9
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 55,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	70,1 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Eingriffsdauer bis 240 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Dauer der Operation bis 240 Minuten bei CRT-Schockgeber
<b>Zähler / Nenner</b>	7 / 7
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	64,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
<b>Zähler / Nenner</b>	16 / 16
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 75,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	80,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
<b>Zähler / Nenner</b>	9 / 9
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 80,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	70,1 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei CRT-Schockgeber
<b>Zähler / Nenner</b>	7 / 7
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	64,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schockgebersonde im Vorhof während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	13 / 13
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	77,2 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	32 / 32
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	89,3 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Chirurgische Komplikationen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 32
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,4%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 10,7%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Vorhofsendislokation oder -dysfunktion</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde im Vorhof
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,7%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 20,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde in der Herzkammer
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 32
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,1%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 10,7%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	6,2
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 5,3$
<b>Vertrauensbereich</b>	1,1 - 31,0
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	U32 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Eingriffsdauer bis 75 min</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Dauer der Operation bis 75 Minuten
<b>Zähler / Nenner</b>	8 / 8
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 80,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	67,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	51,0 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	10 / 10
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	72,2 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	8 / 8
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	67,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Chirurgische Komplikationen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 8
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 32,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 8
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 32,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Taschenproblem als Indikation zum Eingriff</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Probleme mit dem umliegenden Gewebe, in das der Schockgeber eingesetzt wurde, als Anlass für eine weitere Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 40
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,9%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 8,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sondenproblem als Indikation zum Eingriff</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Probleme mit der Sonde als Anlass für eine weitere Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 24,1%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Infektion als Indikation zum Eingriff</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Infektion als Anlass für eine weitere Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 40
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 6,1%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 8,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Vorhofsonde während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Herzkammersonden während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	51,0 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Chirurgische Komplikationen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 6
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 5,9\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 39,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Vorhofsendislokation oder -dysfunktion</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde im Vorhof
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,9%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Ventrikelsendislokation oder -dysfunktion</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde in der Herzkammer
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,1%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 43,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 6
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
<b>Zähler / Nenner</b>	13 / 13
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 85,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	77,2 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halsschlagader und Beschwerden
<b>Zähler / Nenner</b>	25 / 26
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,2%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	81,1 - 99,3%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Schlaganfall oder Tod nach Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - offen chirurgisch</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,2
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 2,9$
<b>Vertrauensbereich</b>	0,2 - 6,2
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	2,5
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,6
<b>Vertrauensbereich</b>	0,4 - 12,9
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Cholezystektomie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 135
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 2,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Cholezystektomie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,2
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,9
<b>Vertrauensbereich</b>	0,4 - 3,3
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	H20 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Cholezystektomie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie)
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 74
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 4,9%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Cholezystektomie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten ohne lebensbedrohliche Grunderkrankung (ASA 1-3)
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	U32 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Organverletzungen bei Hysterektomie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Organverletzungen bei Entfernung der Gebärmutter
<b>Zähler / Nenner</b>	6 / 668
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,9%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,8%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,4 - 1,9%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Organverletzungen bei Hysterektomie bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Organverletzungen bei Entfernung der Gebärmutter ohne bestehende Risiken (Tumor, Endometriose, frühere Operationen)
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 132
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,3%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 2,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 20,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Organerhaltung bei Ovaryingriffen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
<b>Zähler / Nenner</b>	70 / 80
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	87,5%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 75,8\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	78,5 - 93,1%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Konisation bei Ektopie oder Normalbefund</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Operation am Muttermund (sog. Konisation) ohne bösartigen Befund
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 13
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 13,4\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 22,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Fehlende postoperative Histologie nach Konisation</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation am Muttermund (sog. Konisation)
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 13
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 22,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Entfernung der Gebärmutter
<b>Zähler / Nenner</b>	664 / 668
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,4%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	98,5 - 99,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Hysterektomie bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entfernung der Gebärmutter ohne bösartigen Befund nach Gewebeuntersuchung bei jüngeren Patientinnen
<b>Zähler / Nenner</b>	20 / 596
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	3,4%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,5%
<b>Vertrauensbereich</b>	2,2 - 5,1%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	U32 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts
<b>Zähler / Nenner</b>	645 / 666
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,8%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	95,2 - 97,9%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt &gt; 20 Minuten</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 19
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 16,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Bestimmung des Säuregehalts im Nabelschnurblut von Neugeborenen
<b>Zähler / Nenner</b>	1921 / 1923
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,9%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	99,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 1850
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,2%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	A41 -

<b>Kommentar Krankenhaus</b>	Es besteht kein Defizit in der Versorgungsqualität. Es handelt sich hier um Ausnahmefälle auf Grund des sehr schnellen Geburtsverlaufes. Die Neugeborenen wurden dem direkt nach der Geburt anwesendem Pädiater vorgestellt. Es besteht eine Überwachungseinheit in unserer Klinik selbst mit kontinuierlicher Präsenz einer Intensivkinderkrankenschwester (24-stündige Kooperation mit der Kinderklinik) in unserem Haus. Die Kinderklinik ist in 5 Minuten erreichbar.
------------------------------	---

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Kritisches Outcome bei Reifgeborenen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kritischer Zustand des Neugeborenen
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	A41 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	Dieser Indikator stellt dar, wie oft bei scheinbar reifen Neugeborenen niedrige Apgar-Scores festgestellt werden, welche den klinischen Zustand des Kindes nach der Geburt beschreiben. In dem als qualitativ auffällig eingestuftem Fall geht es um einen Einzelfall, dessen schicksalhafter Geburtsverlauf trotz schnellem medizinisch korrektem Handelns nicht abwendbar war. Der Verlauf des Kindes ist unauffällig.

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Damriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Schwergradiger Damriss bei Spontangeburt
<b>Zähler / Nenner</b>	15 / 773
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,9%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,6
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 2,3$
<b>Vertrauensbereich</b>	1,0 - 2,6
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt ohne Dammschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	11 / 893
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,2%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,7 - 2,2%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
<b>Zähler / Nenner</b>	15 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	79,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Perioperative Antibiotikaphylaxe</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	15 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	79,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks
<b>Zähler / Nenner</b>	15 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	79,6 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Endoprothesenluxation</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Postoperative Wundinfektionen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Infektion der Wunde nach Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Reoperation aufgrund von Komplikationen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Erneute Operation wegen Komplikationen
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 20,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
<b>Zähler / Nenner</b>	69 / 72
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	95,8%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	88,5 - 98,6%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
<b>Zähler / Nenner</b>	72 / 72
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	94,9 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks
<b>Zähler / Nenner</b>	71 / 72
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	98,6%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	92,5 - 99,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Ausreichende Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks bei Entlassung
<b>Zähler / Nenner</b>	66 / 71
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	93,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 80,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	84,6 - 97,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 72
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 5,1%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Prätherapeutische Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sicherung der Diagnose vor Operation eines tastbaren Brustkrebses
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	U32 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Angabe des Sicherheitsabstands zum gesunden Gewebe bei Entfernung der Brust
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entscheidung zur Herzkatheteruntersuchung aufgrund von Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße
<b>Zähler / Nenner</b>	104 / 111
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	93,7%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 80,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	87,6 - 96,9%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Selten notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
<b>Zähler / Nenner</b>	41 / 123
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	33,3%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 23,8\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	25,6 - 42,1%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Häufig notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
<b>Zähler / Nenner</b>	41 / 123
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	33,3%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 56,1%
<b>Vertrauensbereich</b>	25,6 - 42,1%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>PCI trotz fehlender klinischer und/oder nichtinvasiver Ischämiezeichen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entscheidung zur Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) ohne Beschwerden oder ohne messbare Durchblutungsstörungen
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 28
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 10,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 12,1%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h"</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)
<b>Zähler / Nenner</b>	30 / 32
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	93,8%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 85,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	79,9 - 98,3%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße in Bezug auf alle durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI)
<b>Zähler / Nenner</b>	105 / 113
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	92,9%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 85,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	86,6 - 96,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 241
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,7%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,1
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 2,7$
<b>Vertrauensbereich</b>	0,4 - 2,8
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei einer Herzkatheteruntersuchung
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	2,9min
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,0min
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
<b>Zähler / Nenner</b>	entfällt
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	6,4min
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 12,0min
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3500 cGy*cm<sup>2</sup></b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm <sup>2</sup> )
<b>Zähler / Nenner</b>	46 / 281
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	16,4%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 51,1%
<b>Vertrauensbereich</b>	12,5 - 21,1%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm<sup>2</sup></b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm <sup>2</sup> )
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 14
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 61,9%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 21,5%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

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

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
<b>Zähler / Nenner</b>	9 / 1102
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,8%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,4 - 1,6%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,9
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 2,7$
<b>Vertrauensbereich</b>	0,4 - 1,7
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
<b>Zähler / Nenner</b>	13 / 1102
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,2%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,6 - 2,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 1 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	2,1
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,4
<b>Vertrauensbereich</b>	1,0 - 3,4
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Neu aufgetretene Dekubitalucera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 1102
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 0,3%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Neu aufgetretene Dekubitalucera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts, bei Patienten ohne besondere Risiken
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 849
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 0,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Früh- und Risikogeburten, die lebend geboren wurden
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Früh- und Risikogeburten, die lebend geboren wurden – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	≤ 2,0
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 0,0
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Risikogeburten, die lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 5
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Risikogeburten, die lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,0
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 0,0
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Kinder mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,3
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
<b>Zähler / Nenner</b>	< 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 2,2$
<b>Vertrauensbereich</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
<b>Zähler / Nenner</b>	165 / 165
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	97,7 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
<b>Zähler / Nenner</b>	161 / 161
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	97,7 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	51,0 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
<b>Zähler / Nenner</b>	153 / 157
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,5%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	93,6 - 99,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
<b>Zähler / Nenner</b>	10 / 12
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	83,3%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,2%
<b>Vertrauensbereich</b>	55,2 - 95,3%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	U32 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
<b>Zähler / Nenner</b>	69 / 86
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	80,2%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 80,5%
<b>Vertrauensbereich</b>	70,6 - 87,3%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	U32 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
<b>Zähler / Nenner</b>	147 / 150
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	98,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	94,3 - 99,3%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	10 / 11
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	90,9%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	62,3 - 98,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	D50 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 4
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	51,0 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
<b>Zähler / Nenner</b>	104 / 105
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	94,8 - 99,8%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
<b>Zähler / Nenner</b>	101 / 104
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,1%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 95,0\%$
<b>Vertrauensbereich</b>	91,9 - 99,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
<b>Zähler / Nenner</b>	17 / 161
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	10,6%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 14,4%
<b>Vertrauensbereich</b>	6,7 - 16,3%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
<b>Zähler / Nenner</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,8
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	nicht festgelegt
<b>Vertrauensbereich</b>	0,5 - 1,2
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 15
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,8%
<b>Vertrauensbereich</b>	0,0 - 20,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	13 / 130
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	10,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 15,2%
<b>Vertrauensbereich</b>	5,9 - 16,4%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 bis 4)</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 16
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	25,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 40,9%
<b>Vertrauensbereich</b>	10,2 - 49,5%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Qualitätsindikator (QI)</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
<b>Kennzahlbezeichnung</b>	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
<b>Zähler / Nenner</b>	161 / 161
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,0%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 98,0%
<b>Vertrauensbereich</b>	97,7 - 100,0%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 -
<b>Kommentar Krankenhaus</b>	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

## Übersicht Bewertung durch den Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
		31	Besondere klinische Situation
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
		41	Hinweis auf Struktur- oder Prozessmängel
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturiertem Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

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

- **Schlaganfall: Akutbehandlung**
- **Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind**

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

Trifft nicht zu.

## **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Trifft nicht zu.

## **C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V**

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	5
2.	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	5
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	5

## D Qualitätsmanagement

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

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

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

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



### D-1 Audits

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

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



## D-2 Risikomanagement

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

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

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

- Die Erhöhung der Behandlungssicherheit durch Umsetzung der Empfehlungen des AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT.
- Die Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Die Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung



## D-3 Meinungsmanagement



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

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

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



## D-4 Zertifizierungen

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

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



pCC-zertifiziert nach DIN EN ISO  
9001 : 2008



CPU zertifiziert nach der Deutschen  
Gesellschaft für Kardiologie-Herz-  
und Kreislaufforschung e. V.  
Düsseldorf.



## D-5 Ideenbörse

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



## D-6 Befragung

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

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

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Kooperation mit dem Rettungsdienst
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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



## D-7 Projektorganisation

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiter zu entwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Deshalb freuen wir uns, allen Interessierten einen Einblick von drei ausgewählten Projekten zu geben:

### Einführung des Patientenarmbandes

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

### Standardisierung von Spritzenetiketten

Um die Gefahr von Medikamentenverwechslungen zu verringern, haben wir die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur Verwendung von Etiketten zur Kennzeichnung von Spritzen mit aufgezogenen Medikamenten umgesetzt. Jedes vom Anwender in eine Spritze aufgezogene Medikament wird in den Hochrisikobereichen mit einem Spritzenaufkleber gemäß DIVI-Standard gekennzeichnet.

### Vermeidung von Seitenverwechslungen in der Chirurgie

Um die Sicherheit, auch in Bezug auf Seitenverwechslungen, fehlende Aufklärungen etc. zu gewähren, wird eine Checkliste, die die wesentlichen Prozessabläufe und Verantwortlichkeiten insbesondere in den operativen Disziplinen abbildet, bei allen operativen Eingriffen verwendet. Mit dieser Maßnahme wird die Empfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit umgesetzt. (Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie).