



AGAPLESION
DIAKONIE KLINIKEN KASSEL

QUALITÄTSBERICHT 2012

Standort Diakonissen-Krankenhaus

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

Erstellt am 28.02.2014



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts.	8
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	16
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	16
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	17
A-10	Gesamtfallzahlen.....	17
A-11	Personal des Krankenhauses	17
A-12	Verantwortliche Personen des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements	19
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	20
A-14	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	20
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	23
B-1	Radiologie.....	23
B-2	Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	30
B-3	Physikalische Medizin und Rehabilitation	35
B-4	Innere Medizin	39
B-5	Allgemeine Chirurgie.....	52

B-6	Gefäßchirurgie	58
B-7	Urologie.....	65
B-8	Geriatric Tagesklinik.....	71
C	Qualitätssicherung.....	78
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	78
C-1.1.[1]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:	78
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	162
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	162
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	162
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	162
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	162
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	162
D	Qualitätsmanagement	163
D-1	Audits	163
D-2	Risikomanagement	164
D-3	Meinungsmanagement.....	164
D-4	Zertifizierungen	165
D-5	Ideenbörse	165
D-6	Befragung.....	166
D-7	Projektorganisation.....	166

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/>

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
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

Krankenhaus IK-Nummer:	260660839
Standortnummer:	99
Krankenhausname:	AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL
Hausanschrift:	Herkulesstraße 34 34119 Kassel
Telefon:	0561 1002-0
Fax:	0561 1002-1010
E-Mail:	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

Pflegedienstleitung

Person:	Cornelia Reissner
Position:	Pflegedienstleiterin
Telefon Fax:	0561/1002-2000 0561/1002-2005
E-Mail:	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

Standort
IK-Nummer: 260660839

Standortnummer: 01

Standortname: AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL/ Diakonissen-Krankenhaus

Hausanschrift: Herkulesstraße 34
34119 Kassel

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

E-Mail: 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

Pflegedienstleitung

Person: Cornelia Reissner
Position: Pflegedienstdirektorin
Telefon | Fax: 0561/1002-2001 | 0561/1002-2005
E-Mail: 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

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION gAG/ Stiftung Kurhessisches Diakonissenhaus

Art: freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- **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
- **Atemgymnastik/-therapie (MP04)**
Diese erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiterinnen der Physiotherapie nach ärztl. Anordnung. Atem-gymnastik (Physiotherapie), Vibrax, Inhalationen.
- **Basale Stimulation (MP06)**
Dieses Thema wird im Rahmen der Innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung angeboten. Fortge-bildete Mitarbeiter wenden die basale Stimulation bei ihrer pflegerischen Tätigkeit an.
- **Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung (MP56)**
Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL setzen das Betriebliche Wiedereingliederungsma-nagement konsequent um. In dem Konzept sind Regelungen zur Arbeitsbelastung beschrieben.
- **Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)**
Wir bieten Palliativmedizin/-pflege. Sterbebegleitung durch Seelsorge und Pflegedienst. Abschieds-raum vorhanden. Aussegnung wird von Seelsorge angeboten, Versorgung verstorbener muslimischer Patienten ist möglich. Mitarbeitende bilden sich in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender fort.
- **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**
z.B. für Patienten mit Lactoseintoleranz, Histaminintoleranz (siehe SA 44), für geriatrische Patienten mit Ernährungs- u./o. Schluckstörungen
- **Sporttherapie/Bewegungstherapie (MP11)**
Fortbildungen zu Kinästhetik und Bobath werden angeboten. Geriatrie: Hockergymnastik für Patien-ten mit eingeschränktem Geh- und Stehvermögen
- **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 Teambespre-chungen.

- **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.
- **Kinästhetik (MP21)**
Fortbildungen zu Kinästhetik werden von einem qualifizierten Trainer angeboten. Anwendung im Rahmen der Pflegestandards
- **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
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**
Komplexe physikalische Entstauungstherapie mit manueller Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung
- **Massage (MP25)**
Klassische Massage, auch modifiziert, Bindegewebsmassage, Friktionsmassage
- **Medizinische Fußpflege (MP26)**
Auf Wunsch wird ein medizinischer Fußpfleger ins Haus bestellt.
- **Pädagogisches Leistungsangebot (MP30)**
Schulung von Patienten und Angehörigen.
- **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.
- **Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) (MP60)**
im Rahmen der physiotherapeutischen Einzeltherapie
- **Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychozialdienst (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
- **Schmerztherapie/-management (MP37)**
Perioperative Schmerztherapie mit Pain Nurses, Schmerztherapeuten u. Schmerzvisiten für chronische Schmerzpatienten. Kooperation mit Schmerztherapeutischen Praxis Dr. Falk/Fröhlich. Multimodale Therapie, medikamentöse Schmerztherapie, Opiatrotation, Physiotherapie ,Konsiliardienst.
- **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.

- **Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)**
Tage der offenen Tür, monatliche Patienten-Informationsveranstaltungen etc., Vorträge für Laien und Fachpersonal in und außerhalb des eigenen Hauses, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Es finden diverse Führungen mit Schulen und Erwachsenengruppen statt sowie wöchentliche Kreißsaalführungen.
- **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.
- **Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)**
Gemäß Leitlinie für Diabetes im Alter der geriatrischen und diabetologischen Fachgesellschaften.
- **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.
- **Stomatherapie/-beratung (MP45)**
Erfolgt durch ausgebildete Fachkräfte für Stomatherapie.
- **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**
Am Diakonissen-Krankenhaus ist das assoziierte Diako-Sanitätshaus ansässig. Durch die örtliche Nähe zum Sanitätshaus ist eine eingehende und zeitnahe Versorgung der Patienten gewährleistet.
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**
Im Rahmen der physikalischen Therapie (u.a. lokale Eisbehandlung, Fangopackungen, Infrarot-Lichttherapie)
- **Wundmanagement (MP51)**
Behandlung chronischer Wunden, wie Ulcus cruris und Dekubitus, ist Schwerpunkt der Gefäßchirurgie. Versorgung erfolgt durch Wundmanager. Standardisiertes Wundmanagement vorhanden. Ärzte, Pflegekräfte u. Apothekerin aktualisieren regelmäßig hausinternen Standard.
- **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)
- **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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum (NM01)

Kommentar: Die Aufenthaltsräume sind im Neubau zusätzlich mit Balkonen und einer Teeküche ausgestattet.

Ein-Bett-Zimmer (NM02)

Kommentar: Stehen für Wahlleistungspatienten zur Verfügung. Die Berechnung erfolgt anhand der gewünschten Komfortelemente. Sollte aus medizinischen Gründen ein Einbettzimmer erforderlich sein, wird dieses auch zuzahlungsfrei für Kassenpatienten zur Verfügung gestellt.

Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM03)

Kommentar: Im Neubau stehen viele Zimmer zur Verfügung, Ausstattung mit behinder-tenfreundlicher Nasszelle.

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

Kommentar: Alle Patienten werden im Diakonissen-KH über die zentrale Aufnahmestation aufgenommen und von dort i. d. R. durch Pflegedienst auf Station begleitet.

Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (NM14)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 2€

Kommentar: Die Patientenzimmer im Diakonissen-KH haben alle einen Fernseher.

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

Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (NM30)

Zusatzangaben: Kosten pro Stunde maximal: 1,00€

Kosten pro Tag maximal: 10,00€

Kommentar: In der Tiefgarage ist die erste halbe Stunde für Besucher und Patienten kostenfrei. Kostenfrei ist auch das Parken entlang der umliegenden Straßen.

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.

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.

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 Zimmer im Neubau verfügen über ein Wertfach im Kleiderschrank.

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.

Andachtsraum (NM67)

Kommentar: Ein Andachtsraum steht den Patienten und Besuchern 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.

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.
Es besteht die Möglichkeit im Mutterhaus ein Zimmer zu beziehen.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

- **Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (BF09)**
Eine genaue Beschreibung der Barrierefreiheit finden Sie unter den einzelnen Fachabteilungen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

- **Doktorandenbetreuung (FL09)**
Prof. Dr. Th. Bürger, Dr. A. Fiehn, MBA, Prof. Dr. A. Vogt
- **Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen (FL02)**
Dr. A. Fiehn, MBA Lehrauftrag Gesundheitsökonomie an der Hochschule Osnabrück (Fakultät Wirtschaft und Sozialwissenschaften)
- **Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten (FL01)**
Prof. Dr. A. Vogt hält Vorlesung an der Universität Göttingen.
Prof. Dr. Th. Bürger hält gefäßchirurgische Vorlesungen, Praktika, Seminare und Staatsexamina an der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg.
Dr. A. Fiehn, MBA hält Vorlesungen an der Chitkara Universität, Indien.
- **Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher (FL08)**
Dr. A. Fiehn, MBA, ist Mitglied des Editorial Board Annals of Cardiac Anesthesia.
- **Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien (FL07)**
Dr. A. Fiehn, MBA Leitender Prüfarzt bei multizentrischen Studien
- **Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten (FL04)**
Prof. Dr. Th. Bürger mit Universität Magdeburg,
Dr. A. Fiehn, MBA Zusammenarbeit mit der Universität Kassel zur Simulation von Brand- und Evakuierungsmodellen für Krankenhäuser
- **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
- **Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien (FL06)**
Dr. A. Fiehn, MBA Teilnahme an mehreren internationalen Phase III und IV Studien

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- **Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)**
Ausbildung der DKK im Verbund mit Roten 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.
- **Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin (HB03)**
Ausbildungsvertrag zwischen dem Bereich physikalische Medizin und Fachschulen

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 267

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 8328

Teilstationäre Fallzahl: 102

Ambulante Fallzahl: 5100

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	57,4 Vollkräfte
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	35,7 Vollkräfte
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	1 Personen

A-11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	114,6 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	1,8 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	17,7 Vollkräfte	2 Jahre	Die eingesetzten Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen haben die Qualifikation einer Arzthelferin
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	3,1 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	5,4 Vollkräfte	ab 200 Stunden Basis	
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	0,9 Vollkräfte	3 Jahre	

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte (SP02)	7,7	In verschiedenen Fachabteilungen sind Mitarbeitende im Bereich des Pflege- und Funktionsdienstes oder im Ärztlichen Schreibdienst tätig.
Personal mit Zusatzqualifikationen nach Bobath oder Vojta (SP32)	0	Qualifikation ist durch fortgebildetes Personal im geriatrischen Behandlungssystem vorhanden.
Diätassistent und Diätassistentin (SP04)	1,0	In der hauseigenen Küche sind Mitarbeiter mit der entsprechenden Qualifikation beschäftigt.
Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05)	0,8	Ergotherapeuten sind fester Bestandteil des geriatrischen Behandlungsteams und stehen konsiliarisch den anderen Abteilungen zur Verfügung.
Heilpraktiker und Heilpraktikerin (SP39)	2,0	Mitarbeiterinnen im Pflegebereich verfügen über eine Heilpraktikerausbildung.
Logopäde und Logopädin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)	0,3	Logopäden sind fester Bestandteil des geriatrischen Behandlungsteams und stehen konsiliarisch allen Abteilungen zur Verfügung.
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)	0	Physiotherapeuten mit Ausbildung in Massage und Balneologie gehören zum Behandlungsteam. Mehrere Physiotherapeuten haben eine Zusatzausbildung in Manueller Lymphdrainage.
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.
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	3,6	Physiotherapeuten sind fester Bestandteil des geriatrischen Behandlungsteams und stehen allen Abteilungen zur Verfügung.
Podologe und Podologin (Fußpfleger und Fußpflegerin) (SP22)	0	Kooperation mit externen Anbietern besteht, diese kommen auf Anforderung kurzfristig zum Patienten.
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	0	Kann bei Bedarf angefordert werden
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)	1,4	Es gibt für alle Abteilungen fest zugeordnete Mitarbeiter des Sozialdienstes.
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomathe- rapie (SP27)	3,0	Stomatherapeuten stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung. Seit Frühjahr 2011 verfügen 3 Mitarbeiter über diese Weiterbildung.
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundma- nagement (SP28)	20,0	Mitarbeiter aus den verschiedenen Fachabteilungen verfügen über die Fachweiterbildung als Wundmanager. Diese wird in der angegliederten Weiterbildungsstätte angeboten.

A-11.4 Hygienepersonal

	Anzahl	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 Personen	extern
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	22 Personen	In allen Bereichen sind Hygienebeauftragte MA eingesetzt.
Hygienekommission eingerichtet:	ja	
Vorsitzende/ -er:	Dr. med. Andreas Fiehn, MBA,	Ärztlicher Direktor

A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Doris Heinemann

Position: QMB
Straße / Hausnummer: Herkulesstr. 34
PLZ / Ort: 34123 Kassel
Telefon: 0561 1002 3451
Fax: 0561 1002 3455
E-Mail: d.heinemann@diako-kassel.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Apparative Ausstattung	24h	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Ja	Bezüglich des Arbeitsplatzes "interventionelle Radiologie" wurde die Abteilung mit der neuesten Gerätegeneration der Angiographie und interventionellen Radiologie ausgestattet. Es steht ein Artis-DTA-Gerät mit moderner Detektoren-Technik und ein Artis - MP-Gerät zur Verfügung.
AA08	Computertomograph (CT)	Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja	Eine EEG Überwachung wird auch für die Narkose und auf der Intensivstation angeboten.
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Ja	Dies ist auch im Rahmen des intraoperativen Monitorings möglich.
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Ja	in Kooperation extern
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein	in Kooperation mit einer niedergelassenen Radiologischen Praxis am Standort Diakonissen-Krankenhaus

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 Zwischenricht.

Patientenbefragungen

Aussage: Nein

Einweiserbefragungen

Aussage: Nein

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

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

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

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

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

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 Radiologie

B-1.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Radiologie



Chefarzt: I. Moussa

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Seegebarth
Hausanschrift: Herkulesstrasse 34
34119 Kassel

Telefon: 0561 1002-1710
Fax: 0561 1002-1705

E-Mail: radiologie@diako-kassel.de
URL: <http://www.diako-kassel.de>

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

URL: www.radiologie-baunatal.de
E-Mail: gp@radiologie-baunatal.de

Mit unserem Kooperationspartner, der Praxis "Radiologie Baunatal-Kassel" haben wir eine Praxis von großer Expertise mit an Bord. Eine Zweigstelle finden Sie in unserer Fachabteilung eingebettet. Neben den konventionellen Verfahren ergänzt die Radiologie Baunatal-Kassel insbesondere das Spektrum im Schnittbildsektor (MRT, CT). Durch die enge Kooperation von Krankenhaus und radiologischer Praxis gelingt eine optimale Verzahnung von ambulanten und stationären Untersuchungen. Unnötige Wartezeiten und Wege entfallen. So ist am Standort Diakonissen-Krankenhaus eine umfassende Diagnostik und Therapie möglich.

B-1.2 Medizinische Leistungsangebote - Radiologie

- **Arteriographie (VR15)**
Digitale Subtraktionsangiographie, computertomographische Gefäßdarstellung, Gefäßdarstellung mittels Kontrastmittel, TOS-Diagnostik
- **Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)**
Die Auswertung der Röntgenbilder erfolgt ausschließlich an modernsten Workstations mit 3D und 4D Visualisierungsverfahren.
- **Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung (VR27)**
Die Auswertung der Röntgenbilder erfolgt ausschließlich an modernsten Workstations mit 3D und 4D Visualisierungsverfahren.
- **Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)**
Spiralcomputertomographie aller Körperregionen, es werden ausschließlich bestverträglichste Kontrastmittel verwendet. Alle Aufnahmen werden auf Wunsch mit dem Patienten besprochen. Das Bildmaterial kann dem Patienten in Originalqualität auf CD-ROM zur Verfügung gestellt werden.
- **Computertomographie (CT), nativ (VR10)**
Spiralcomputertomographie aller Körperregionen, prinzipiell werden speziell ausgearbeitete Dosis-sparende CTs durchgeführt. Alle Aufnahmen werden auf Wunsch mit dem Patienten besprochen. Das Bildmaterial kann dem Patienten in Originalqualität auf CD-ROM zur Verfügung gestellt werden.
- **Interventionelle Radiologie (VR41)**
Es werden Perkutane-transluminale Dilatationen (PTA) durchgeführt, sowie Stentimplantationen, Thrombektomien, lokale Lysebehandlungen, Gefäßembolisationen mit Coils, CT-gesteuerte Punktionen.
- **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.
- **modernste Technik mit digitalem Befund- und Bildarchiv (VR00)**
Die Bilder und Befunde stehen allen behandelnden Ärzten zur Verfügung, so dass jegliche Verzögerung in der Therapie vermieden wird. Tägliche Röntgendemonstrationen. Bilder werden als Papierdruck oder als CD dem Patienten zur Verfügung gestellt.
- **Phlebographie (VR16)**
Venendarstellung der Arme, Beine und des Körperstammes
- **Projektionsradiographie mit Kontrastmittelfahren (VR09)**
z. B. Ösophagographie, Gastrographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie,
- **TOS- Diagnostik (VR00)**

B-1.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Radiologie

- 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)
Alle Betten sind elektrisch höhenverstellbar und für übergroße Patienten bis 240 kg zugelassen.
- Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)
- 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-1.4 Fallzahlen - Radiologie

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Kommentar: Die Fallzahlen werden den entlassenden Fachabteilungen zugerechnet.

B-1.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-607	676	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
2	8-836	670	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
3	8-83b	611	Zusatzinformationen zu Materialien
4	3-225	554	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
5	3-207	514	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
6	3-605	472	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
7	3-604	403	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel
8	3-200	274	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
9	3-222	270	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
10	3-602	77	Röntgendarstellung des Aortenbogens mit Kontrastmittel
11	3-601	70	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel
12	3-828	51	Kernspintomographie (MRT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel
13	3-614	49	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches
14	3-825	49	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel
15	3-606	39	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel

B-1.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart	
Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Ambulanz Dr. Moussa	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Arteriographie (VR15)
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebotene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angebotene Leistung	Phlebographie (VR16)
Angebotene Leistung	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)

Ambulanz Dr. Moussa

Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
Kommentar	bei konventionellen Röntgenaufnahmen z.B. Knochenaufnahmen, Thorax, Abdomen
Angebotene Leistung	Arteriographie (VR15)
Angebotene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angebotene Leistung	Phlebographie (VR16)

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)	2,0 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 Schwerpunktcompetenzen)

- Radiologie (AQ54)

Zusatz-Weiterbildung

- Röntgendiagnostik – fachgebunden – (ZF38)

B-1.10.2 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. siehe A 11.3
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	1,2 Vollkräfte	0,00000	2 Jahre	In diesem Bereich werden ausgebildete Arzthelferinnen mit eingesetzt.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
Die Leitung des Bereiches hat eine entsprechende Fachweiterbildung.

Zusatzqualifikation

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

Trifft nicht zu.

B-2 Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-2.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie



Chefarzt: Dr. med. A. Fiehn, MBA

Ansprechpartner:

Hausanschrift: Herkulesstrasse 34
34119 Kassel

Telefon: 0561 1002-1201

Fax: 0561 1002-1215

E-Mail: anaesthesie@diako-kassel.de

URL: <http://www.diako-kassel.de>

Spezielle Schmerztherapie

in Kooperation mit der Gemeinschaftspraxis

Beleg-Anästhesie und Schmerztherapie

Dr. med. K. Falk, Facharzt für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie

J. Fröhlich, Fachärztin für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie

Ärztehaus

Telefon: 0561 / 937490

Fax: 0561 / 9374920

URL: www.schmerztherapie-kassel-burgfeld.de

E-Mail: info@schmerztherapie-kassel-burgfeld.de

Kooperation mit der Gesundheitsakademie Bad Wilhelmshöhe

Dr. med. Michael Schmidt, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

B-2.2 Medizinische Leistungsangebote - Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

- **Anästhesiologische Versorgung (VX00)**
Leitlinien orientiert werden alle modernen Verfahren, wie die kombinierte Allgemein- und Regionalanästhesie, balancierte und totalintravenöse Formen der Allgemeinanästhesie, verschiedene Regionalanästhesie Verfahren sowie die Schmerztherapie durchgeführt.
- **Intensivmedizin (VI20)**
Die interdisziplinäre Intensivmedizin wird von intensivmedizinisch weitergebildeten Ärzten für Anästhesie durchgeführt. Leitlinien orientiert sind alle modernen Therapieformen wie differenzierte Beatmungen, Dialyse, die Behandlung von Sepsis, Weaning von Langzeitbeatmungspatienten etc. gewährleistet.
- **Op-Management (VX00)**
- **Schmerztherapie (VI40)**
Ein Akutschmerzdienst in Zusammenarbeit mit 2 „Pain Nurses“ ist für die perioperative Schmerztherapie zuständig. Die chronische spezielle Schmerztherapie wird ambulant und als multimodale Schmerztherapie stationär in Kooperation mit der Gemeinschaftspraxis Dr. med. K. Falk und J. Fröhlich angeboten.

B-2.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
Alle Betten sind elektrisch höhenverstellbar und für übergroße Patienten, bis 240 Kg Körpergewicht geeignet
- **Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Patientenlifter (BF21)**
werden bei Bedarf angemietet
- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**
- **Allergenarme Zimmer (BF23)**
keine Pollenfilter
- **Diätische Angebote (BF24)**
Diätberatung über die Küche möglich
- **Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Anti-Thrombosestrümpfe (BF22)**
sind bei Bedarf bestellbar

B-2.4 Fallzahlen - Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Trifft nicht zu / entfällt

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-2.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

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)	8,3 Vollkräfte	0,00000
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,8 Vollkräfte	0,00000
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Transfusionsmedizin (AQ59)**
Qualitätsbeauftragter Hämotherapie ist Dr. U. Haupt; Transfusionsbeauftragte Ärztin S. Seidel
- **Anästhesiologie (AQ01)**
Weiterbildungsermächtigung liegt für 2 Jahre vor.

Zusatz-Weiterbildung

- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
Dr. U. Haupt
- **Intensivmedizin (ZF15)**
Dr. A. Fiehn, MBA; Dipl. med. H. Begau, Dr. U. Haupt
- **Notfallmedizin (ZF28)**
Dr. A. Fiehn, MBA; Dr. I. Grohmann; Dr. U. Haupt; Dr. J. Römer; S. Seidel

B-2.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	15,2 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Hier sind die Pflegekräfte der Anästhesie und die OP-Pflegekräfte zusammengeschnitten. Die Pflegekräfte von Intensiv und IMC sind hier nicht enthalten, sie sind anteilig den bettenführenden Fachabteilungen zugerechnet.
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,8 Vollkräfte	0,00000	ab 200 Stunden Basis	Hier sind die Pflegekräfte der Anästhesie und die OP-Pflegekräfte zusammengeschnitten. Die Pflegekräfte von Intensiv und IMC sind hier nicht enthalten, sie sind anteilig den bettenführenden Fachabteilungen zugerechnet.
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	0,9 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre	Hier sind die Pflegekräfte der Anästhesie und die OP-Pflegekräfte zusammengeschnitten. Die Pflegekräfte von Intensiv und IMC sind hier nicht enthalten, sie sind anteilig den bettenführenden Fachabteilungen zugerechnet.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Diplom (PQ02)**
Pflegedienstleitung, Anästhesie, Funktionsdiagnostik
- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**
Im Intensivbereich verfügen viele Mitarbeiter neben der jahrelangen Berufserfahrung über eine Fachweiterbildung. In der Anästhesie liegt die Quote bei 90 %.
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
- **Onkologische Pflege (PQ07)**
Im Intensivbereich verfügen Mitarbeiter über diese Qualifikation.

- **Operationsdienst (PQ08)**

Die Weiterbildung bieten die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL über die angegliederte Krankenpflegeschule (CBG) an, es nehmen regelmäßig Mitarbeiter daran teil.

Zusatzqualifikation

- **Basale Stimulation (ZP01)**

Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.

- **Bobath (ZP02)**

Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.

- **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

- **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. Zurzeit sind 28 Vollkräfte ausgebildet.

- **Qualitätsmanagement (ZP13)**

Fortgebildete Mitarbeiter

- **Schmerzmanagement (ZP14)**

In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurse tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patienten anhand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.

- **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 Physikalische Medizin und Rehabilitation

B-3.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Physikalische Medizin und Rehabilitation



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

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Blankenberg
Hausanschrift: Herkulesstrasse 34
34119 Kassel

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

E-Mail: h-j.harhoff@diako-kassel.de
URL: <http://www.diako-kassel.de>

B-3.2 Medizinische Leistungsangebote - Physikalische Medizin und Rehabilitation

- **Begleitende Frührehabilitation in den übrigen Fachabteilungen der Diakonie-Kliniken Kassel (VX00)**
- **Frührehabilitation bei Gefäßkrankheiten und deren Komplikationen und Folgekrankheiten im Gefäßzentrum Kassel. (VX00)**
- **Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung im Zentrum für Klinische Geriatrie. (VX00)**

B-3.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Physikalische Medizin und Rehabilitation

- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **Allergenarme Zimmer (BF23)**
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
- **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
- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**

B-3.4 Fallzahlen - Physikalische Medizin und Rehabilitation

trifft nicht zu / entfällt

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-3.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Prozeduren OPS 8-550.0, 8-550.1 und 8-550.2 werden in der Fachabteilung Zentrum für Geriatrie durchgeführt.

B-3.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-3.7 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	Physikalische Therapie (VI39)
Angebotene Leistung	Physiotherapie, Ergotherapie (VX00)

B-3.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

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	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000	Chefarzt und Oberarzt des Zentrums für Klinische Geriatrie leiten auch die 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 Schwerpunktkompetenzen)

- Physikalische und Rehabilitative Medizin (AQ49)

Zusatz-Weiterbildung

B-3.10.2 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 Physikalische Medizin und Rehabilitation ist unter A 11.3 dargestellt.

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 Innere Medizin

B-4.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung:	Innere Medizin
Chefärzte:	Dr. med. H. Sostmann Dr. med. H.- J. Bröker Prof. Dr. med. A. Vogt
Ansprechpartner:	Sekretariat: Frau Ködding ; Sekretariat: Frau Wiltshka ; Sekretariat: Frau Westendorf
Hausanschrift:	Herkulesstrasse 34 34119 Kassel
Telefon:	0561 1002-0
Fax:	0561 1002-1605
E-Mail:	info@diako-kassel.de
URL:	http://www.diako-kassel.de

Fachabteilung: Allgemeine Innere Medizin und Angiologie (Gefäßmedizin)
Art: Hauptabteilung



Chefarzt: Dr. med. H.- J. Bröker

Standort: Diakonissen-Krankenhaus
Hausanschrift: Herkulesstraße 34
34119 Kassel
Sekretariat: Frau Ködding
Telefon:0561 / 1002 - 1610
Fax: 0561 / 1002 - 1605

URL: www.diako-kassel.de
E-Mail: info@diako-kassel.de

Fachabteilung: Allgemeine Innere Medizin - Gastroenterologie
Art: Hauptabteilung

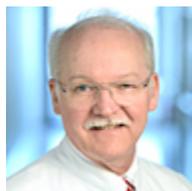


Chefarzt: Dr. med. H. Sostmann

Standort: Diakonissen-Krankenhaus
Hausanschrift: Herkulesstraße 34
34119 Kassel
Sekretariat: Frau Wiltshka
Telefon: 0561 / 1002 - 1650
Fax: 0561 / 1002 - 1655

URL: www.diako-kassel.de
E-Mail: info@diako-kassel.de

Fachabteilung: Allgemeine Innere Medizin - Kardiologie
Art: Hauptabteilung



Chefarzt: Prof. Dr. med. A. Vogt

Standort: Diakonissen-Krankenhaus
Hausanschrift: Herkulesstraße 34
34119 Kassel
Sekretariat: Frau Westendorf
Telefon: 0561 / 1002 - 1150
Fax: 0561 / 1002 - 1155

URL: www.diako-kassel.de
E-Mail: info@diako-kassel.de

B-4.2 Medizinische Leistungsangebote - Innere Medizin

- **Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)**
z.B. eitrige Cholangitis, systemische Wundinfektionen und Pneumonien
- **Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation (VI21)**
- **Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (VI43)**
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**
Duplexsonographie der Nierenarterien
- **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)**
Rechtsherzkatheter, Einschwemmkatheter, Spirometrie
- **Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) (VI23)**
- **Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)**
z.B. Autoimmunhepatitis, Vaskulitis und Autoimmunerkrankungen (Gefäßmedizin)
- **Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)**
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)**
z. B. ultraschallgesteuerte Punktionen der Leber oder Bauchspeicheldrüse, ERCP (Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge), Entfernung von Gallengangssteinen, Einlage von Prothesen in Gallen- und Bauchspeicheldrüsengang, endoskopischen Punktion und Drainage von Pankreaszysten
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)**
Hämorrhoidenligatur, Rectummucosaprolaps, rectale Endosonographie
- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)**
z.B. M.Crohn, Colitis ulcerosa, Peutz-Jeghers-Syndrom, familiärer Polyposis, HNPCC; Magentumoren, Dickdarntumoren, Abtragung großer oder schwierig zugänglicher Polypen im Magen oder Darm, infektiöse Darmerkrankungen, Anlage und Entfernung von PEG's
- **Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)**
Beratung bei und Abklärung von Gerinnungsstörungen, die Thrombosen begünstigen
- **Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)**
- **Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)**
- **Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)**
Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA), Stentimplantation, Akut-PCI bei Infarkt
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)**
Gefäßzentrum
Doppler-Druck-Messung, Laufbandergometrie, Duplexsonographie peripherer Arterien, Angiographie (konventionell und MR-Angio) und perkutane transluminale Angioplastie u. Lyse, Kapillarmikroskopie



- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)**
Gefäßzentrum
Venenverschlussplethysmographie, Phlebodynamometrie, Duplexsonographie, Phlebographie konventionell und in DSA-Technik
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)**
z. B. spontan bakterielle Peritonitis, diagnostische und therapeutische Ascitespunktion (Ablassen von Bauchwasser)
- **Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)**
- **Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)**
z. B. Diagnostik und Therapie von Magenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Dickdarmkrebs
- **Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)**
Herzklappenfehler, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Schrittmacherbehandlung, Kardiomyopathien.
- **Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)**
Computertomographie, MRT, Duplexsonographie, PTA und Stent der A. carotis
- **Duplexsonographie (VR04)**
häufig erster diagnostischer Schritt, jederzeit verfügbar

Durchführung in den internistischen Abteilungen
- **Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)**
Durchführung in den internistischen Abteilungen
- **Elektrophysiologie (VI34)**
Intrakardiales EKG, Überstimulation, Kardioversion
- **Endoskopie (VI35)**
z.B. Magenspiegelung, Dünndarmspiegelung, Dickdarmspiegelung, ERCP. Polypenentfernung, Biopsien. Endosono mit U-Endoskopen, U-Minisonden, rektale Endosono, Dilatation von Stenosen, Einlage von Metallstents, Angiodysplasienbehandlung. Behandlung von Blutungen und Wanddefekten mit Metallklipps.
- **Endosonographie (VR06)**
Untersuchung des oberen Gastrointestinaltrakts mit radialen und longitudinalen Endosono-Endoskopen. Endosono gesteuerte Feinnadelpunktionen und Drainage-Anlagen. Endosono des Magen-Darm-Trakts, der Gallenwege und des Bauchspeicheldrüsenengangs mit Ultraschall-Minisonden, starre rektale Endosono
- **Intensivmedizin (VI20)**
interdisziplinär, beteiligte Fachabteilungen: Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin/Angiologie, Innere Medizin/Kardiologie, Innere Medizin/Gastroenterologie, Gefäßchirurgie, Allgemeinchirurgie, Gynäkologie.
Kardiologische Intensivstation mit Überwachungs- und Beatmungsmöglichkeit.
- **Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)**
MRT Sellink bei z.B. M. Crohn oder unklaren Dünndarmerkrankungen vor einer Enteroskopie

- **Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren (VR24)**
MRCP bei unklaren Veränderungen der Gallen-oder Pankreasgänge vor einer ERCP
- **Native Sonographie (VR02)**
Durchführung in den internistischen Abteilungen, incl. Punktionen
- **Palliativmedizin (VI38)**
z.B. Dilatation oder Bougierung (Erweiterung) von Engstellen sowie Stenteinlagen in Speiseröhre, Magen, Duodenum, Gallengang, Dickdarm, Anlage von PEG`s als Ernährungs- oder Ablaufsonde, lokale Tumorverkleinerung mit dem Argon-Plasma-Beamer APC
- **Schmerztherapie (VI40)**
in Kooperation mit den Schmerztherapeuten
- **Sonographie mit Kontrastmittel (VR05)**
- **Spezialprechstunde (VI27)**
 1. Sprechstunde für Schrittmacher- und AICD-(implantierbare Defibrillatoren)Kontrollen
 2. Sprechstunde für Gefäßerkrankungen
 3. Sprechstunde für Privatpatienten in der Gastroenterologie

B-4.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Innere Medizin

- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)**
- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)**
- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **Allergenarme Zimmer (BF23)**
keine Pollenfilter vorhanden
- **Diätische Angebote (BF24)**
über die Küche bestellbar. Diätberatung über die Küche möglich
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
Elektrische Betten sind für übergroße Patienten geeignet, höhenverstellbar und bis 240 kg zugelassen.
- **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
- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**

B-4.4 Fallzahlen - Innere Medizin

Vollstationäre Fallzahl: 5697
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	465	Herzschwäche
2	I10	301	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
3	R55	262	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
4	I48	221	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
5	I80	189	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung
6	R07	157	Hals- bzw. Brustschmerzen
7	D12	152	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Anfers
8	J44	147	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
9	A09	136	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
10	I70	135	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
11	J18	128	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
12	K29	118	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
13	I21	117	Akuter Herzinfarkt
14	I20	106	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
15	K57	93	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose

B-4.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1060	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-650	782	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
3	1-440	629	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
4	8-930	507	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	3-990	463	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
6	1-275	447	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
7	1-266	354	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
8	5-469	306	Sonstige Operation am Darm
9	8-800	303	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
10	5-452	302	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
11	5-513	282	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
12	8-837	214	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße
13	1-444	180	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
14	8-931	168	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)
15	8-836	156	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)

B-4.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	für alle allgemein-internistischen und gastroenterologischen Notfälle
Ambulanz Dr. Bröker	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Privatambulanz für Patienten mit internistischen Krankheitsbildern, speziell Gefäßmedizin
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)

Ambulanz Dr. Bröker, Dr. Haider

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	Diagnostik und Therapie von Pat. mit Gefäßerkrankungen
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)

Ambulanz Dr. Sostmann

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

Ambulanz Prof. Dr. Vogt

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Gastroskopie, Coloskopie, H2 Atemtest, Ultraschall

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

Schrittmacher- und Defi-Ambulanz Oberarzt Dr. Kolb

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	eine reine Schrittmacherambulanz mit den Abrechnungsziffern 016600, 01602, 101436, 135510 und 013552 EBM.
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Sprechstunde für Privatpatienten in der Kardiologie

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

B-4.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	494	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	5-452	190	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
3	1-444	170	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
4	1-275	22	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
5	5-378	< 4	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators
6	5-377	< 4	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)

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
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	25,6 Vollkräfte	0,00449
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	12,6 Vollkräfte	0,00221
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Innere Medizin (AQ23)**
Gemeinsam haben die inneren Fachabteilungen die volle Weiterbildungsermächtigung für die Innere Medizin (5 Jahre).
- **Innere Medizin und SP Angiologie (AQ24)**
Ermächtigung zur vollen Weiterbildung im Schwerpunkt Angiologie über den Zeitraum von drei Jahren.
- **Innere Medizin und SP Gastroenterologie (AQ26)**
Ermächtigung zur vollen Weiterbildung im Schwerpunkt Gastroenterologie über den Zeitraum von zwei Jahren.
- **Innere Medizin und SP Kardiologie (AQ28)**
Ermächtigung zur vollen Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie über den Zeitraum von 3 Jahren

Zusatz-Weiterbildung

- **Diabetologie (ZF07)**
- **Infektiologie (ZF14)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**
- **Palliativmedizin (ZF30)**
- **Proktologie (ZF34)**

B-4.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	67,8 Vollkräfte	0,01190	3 Jahre	Hier sind anteilig die Pflegekräfte der Intensiv und IMC eingerechnet.
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,8 Vollkräfte	0,00014	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	6,6 Vollkräfte	0,00116	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,2 Vollkräfte	0,00039	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,7 Vollkräfte	0,00030	ab 200 Stunden Basis	

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.
- **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)**
Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet.
- **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. Zurzeit sind 28 Vollkräfte ausgebildet.
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurse tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patienten an Hand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
- **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-4.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-5 Allgemeine Chirurgie

B-5.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Allgemeine Chirurgie



Chefarzt: Dipl.-med. E. Gliesing

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Ollhoff
Hausanschrift: Herkulesstraße 34
34119 Kassel

Telefon: 0561 1002-1810
Fax: 0561 1002-1805

E-Mail: m.ollhoff@diako-kassel.de
URL: <http://www.diako-kassel.de>

B-5.2 Medizinische Leistungsangebote - Allgemeine Chirurgie

- **Amputationschirurgie (VC63)**
im Bereich der unteren Gliedmaßen
- **Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)**
uneingeschränkt durchführbar
- **Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)**
nervus ulnaris-Syndrom
- **Chirurgische Intensivmedizin (VC67)**
etabliert
- **Defibrillatoreingriffe (VC06)**
- **Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)**
- **Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)**
- **Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)**
- **Handchirurgie (VO16)**
- **Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)**

- **Magen-Darm-Chirurgie (VC22)**
und Proktologie. Alle chirurgischen Techniken, auch minimal-invasiv, sind etabliert.
- **Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)**
Gallenchirurgie, kleine Lebereingriffe, keine komplexe Leber- bzw. Pankreaschirurgie
- **Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)**
- **Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)**
- **Portimplantation (VC62)**
- **Schrittmachereingriffe (VC05)**
- **Hernienzentrum (VC00)**
Alle Arten von Hernien werden operiert, auch in minimal-invasiver Technik. Alle Formen von Bauchwandhernien können auch in minimal-invasiver Technik operiert werden.
- **Schilddrüsenzentrum (VC00)**
Sämtliche Eingriffe an der Schilddrüse sind möglich. Ein Neuromonitoring für den Stimmbandnerv ist etabliert.
- **Spezialsprechstunde (VC58)**
Stomasprechstunde
- **Sonstige im Bereich Chirurgie (VC00)**
Alle minimal-invasiven Operationsverfahren sind etabliert.
- **Endokrine Chirurgie (VC21)**

B-5.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Allgemeine Chirurgie

- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)**
- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)**
- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **Allergenarme Zimmer (BF23)**
keine Pollenfilter vorhanden
- **Diätische Angebote (BF24)**
über die Küche bestellbar. Diätberatung über die Küche möglich
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
elektrische Betten sind für übergroße Patienten geeignet, höhenverstellbar und bis 240 kg zugelassen
- **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
- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**

B-5.4 Fallzahlen - Allgemeine Chirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1500

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-5.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S83	206	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
2	M75	163	Schulterverletzung
3	K80	124	Gallensteinleiden
4	K40	121	Leistenbruch (Hernie)
5	M17	87	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
6	K43	54	Bauchwandbruch (Hernie)
7	K56	50	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
8	K57	50	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
9	C18	41	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
10	K35	31	Akute Blinddarmentzündung
11	K62	23	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters
12	I84	20	Krampfaderartige Erweiterung der Venen im Bereich des Enddarms - Hämorrhoiden
13	M23	20	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
14	K21	16	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft
15	M16	16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes

B-5.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	775	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
2	5-814	371	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
3	5-810	344	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
4	5-932	206	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
5	5-812	202	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
6	5-916	180	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
7	5-469	170	Sonstige Operation am Darm
8	5-983	157	Erneute Operation
9	5-813	149	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
10	5-511	146	Operative Entfernung der Gallenblase
11	8-931	143	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)
12	5-780	132	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit
13	5-530	128	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
14	3-990	123	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
15	5-377	114	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)

B-5.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-5.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-5.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.10 Personelle Ausstattung

B-5.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	12,0 Vollkräfte	0,00800
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,1 Vollkräfte	0,00607
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

- **Allgemeinchirurgie (AQ06)**
- **Orthopädie (AQ61)**
- **Viszeralchirurgie (AQ13)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Proktologie (ZF34)**

B-5.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	14,3 Vollkräfte	0,00953	3 Jahre
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	1,2 Vollkräfte	0,00080	2 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0,8 Vollkräfte	0,00053	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2,6 Vollkräfte	0,00173	ab 200 Stunden Basis

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
- **Operationsdienst (PQ08)**

Zusatzqualifikation

- **Praxisanleitung (ZP12)**
Ausgebildete Praxisanleiter werden eingesetzt.
- **Stomamanagement (ZP15)**
Weitergebildete Stomatherapeuten stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
- **Wundmanagement (ZP16)**
Wundexperte nach ICW
- **Dekubitusmanagement (ZP18)**
Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem Patient werden anhand der Bradenskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
- **Entlassungsmanagement (ZP05)**
z. B. Überleitungspflege
- **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.
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurse tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patienten an Hand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
- **Basale Stimulation (ZP01)**
Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
- **Ernährungsmanagement (ZP06)**
Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet.

B-5.10.3 **Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Trifft nicht zu.

B-6 Gefäßchirurgie

B-6.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Gefäßchirurgie



Chefarzt: Prof. Dr. med. T. Bürger

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Hasselbrink
Hausanschrift: Herkulesstraße 34
34119 Kassel

Telefon: 0561 1002-1510
Fax: 0561 1002-1505

E-Mail: gefaesschirurgie@diako-kassel.de
URL: <http://www.diako-kassel.de>

B-6.2 Medizinische Leistungsangebote - Gefäßchirurgie

- **Spezialsprechstunde (VC58)**
Gefäßchirurgie
- **Aortenaneurysmachirurgie (VC16)**
sämtliche etablierte Verfahren offen und endovaskulär
- **Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)**
- **Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)**
sämtliche etablierte Verfahren offen und endovaskulär
- **Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)**
sämtliche etablierte Verfahren offen und endovaskulär z.B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Krampfadern, Ulcus Cruris (offenes Bein)
- **Dialyseshuntchirurgie (VC61)**
- **Portimplantation (VC62)**
arteriell und venös
- **Wundheilungsstörungen (VD20)**
- **Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)**
- **Spezialsprechstunde (VR40)**
Gefäßchirurgie



- Computertomographie (CT), nativ (VR10)
- Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
- Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
- Arteriographie (VR15)
- Phlebographie (VR16)
- Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)
- Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
- Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung (VR08)
- Projektionsradiographie mit Kontrastmittelf Verfahren (VR09)
- Native Sonographie (VR02)
- Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
- Duplexsonographie (VR04)
- Sonographie mit Kontrastmittel (VR05)
- Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
- Intraoperative Anwendung der Verfahren (VR28)
- Wundbehandlung (VC00)
sämtliche etablierte Verfahren

B-6.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Gefäßchirurgie

- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)**
- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)**
- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **Allergenarme Zimmer (BF23)**
keine Pollenfilter vorhanden
- **Diätische Angebote (BF24)**
über die Küche bestellbar. Diätberatung über die Küche möglich.
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
Elektrische Betten sind für übergroße Patienten geeignet, höhenverstellbar und bis 240 kg zugelassen.
- **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
- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**

B-6.4 Fallzahlen - Gefäßchirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 1035

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-6.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	429	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
2	I83	184	Krampfadern der Beine
3	I74	78	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel
4	I71	55	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader
5	I65	52	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls
6	G54	33	Krankheit von Nervenwurzeln bzw. Nervenplexen
7	I72	30	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer
8	T82	23	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen
9	E11	19	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
10	M79	17	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes
11	T81	15	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
12	L03	11	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
13	L97	9	Geschwür am Unterschenkel
14	R20	6	Störung der Berührungsempfindung der Haut
15	A41	5	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)

B-6.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	287	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
2	5-983	258	Erneute Operation
3	5-869	245	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken
4	5-381	230	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader
5	8-836	220	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
6	3-990	206	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
7	8-800	198	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
8	5-380	192	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels
9	5-916	191	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
10	5-896	155	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
11	3-994	146	Computergestützte Darstellung von Körperstrukturen in Dreidimensionalität - Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik
12	5-865	126	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes
13	5-930	110	Art des verpflanzten Materials
14	5-393	86	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)
15	8-840	82	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße

B-6.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Prof. Th. Bürger	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Komplette Diagnostik und Therapie von arteriellen und venösen Erkrankungen.
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
Ambulanz Prof. Th. Bürger	
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	Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei Patienten mit arteriellen Durchblutungsstörungen
Angebotene Leistung	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)

B-6.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	80	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
2	5-399	< 4	Sonstige Operation an Blutgefäßen

B-6.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.10 Personelle Ausstattung

B-6.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	9,0 Vollkräfte	0,00870
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,7 Vollkräfte	0,00647
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

- **Allgemeinchirurgie (AQ06)**
Die Weiterbildungsermächtigung umfasst die komplette Ausbildung zum Facharzt für "Gefäßchirurgie" über den Zeitraum von 6 Jahren (2 Jahre Basis-Weiterbildung im Gebiet der Chirurgie und 4 Jahre für den Facharzt für Gefäßchirurgie).
- **Gefäßchirurgie (AQ07)**
Die Weiterbildungsermächtigung umfasst die komplette Ausbildung zum Facharzt für "Gefäßchirurgie" über den Zeitraum von 6 Jahren (2 Jahre Basis-Weiterbildung im Gebiet Chirurgie und 4 Jahre für den Facharzt für Gefäßchirurgie) und die Ausbildung für die Zusatzbezeichnung Phlebologie für 1 Jahr.

Zusatz-Weiterbildung

- **Phlebologie (ZF31)**
Weiterbildungsermächtigung für die Zusatzweiterbildung Phlebologie über 1 Jahr

B-6.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	15,0 Vollkräfte	0,01449	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	1,0 Vollkräfte	0,00097	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	1,6 Vollkräfte	0,00155	2 Jahre	Arztshelferinnen sind hier mit eingerechnet
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2,0 Vollkräfte	0,00193	ab 200 Stunden Basis	
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	0,9 Vollkräfte	0,00087	3 Jahre	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
- **Operationsdienst (PQ08)**

Zusatzqualifikation

- **Praxisanleitung (ZP12)**
Ausgebildete Praxisanleiter werden eingesetzt.
- **Wundmanagement (ZP16)**
Wundexperte nach ICW
- **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)**
Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet.
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurse tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patienten an Hand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
- **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.
- **Basale Stimulation (ZP01)**
Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
- **Kontinenzmanagement (ZP09)**
Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patienten und Angehörigen zur Verfügung.

B-6.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-7 Urologie

B-7.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung:	Urologie
Chefarzt:	Dr. med. J. Meisel, Arzt für Urologie
Ansprechpartner:	Praxis Dr. Meisel
Hausanschrift:	Herkulesstraße 34 34119 Kassel
Telefon:	0561 828027
Fax:	0561 828028
E-Mail:	info@diako-Kassel.de
URL:	http://www.diako-Kassel.de

B-7.2 Medizinische Leistungsangebote - Urologie

- Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
- Kinderurologie (VU08)
- Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase (VU10)
- Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12)
- Tumorchirurgie (VU13)
- Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)

B-7.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Urologie

- Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)
- Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)
- Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)
- 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)**
Elektrische Betten sind für übergroße Patienten geeignet, höhenverstellbar und bis 240 kg zugelassen.
- **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
- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**

B-7.4 Fallzahlen - Urologie

Vollstationäre Fallzahl:	96
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-7.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C67	23	Harnblasenkrebs
2	D30	21	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
3	D41	16	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig
4	N40	10	Gutartige Vergrößerung der Prostata
5	C61	8	Prostatakrebs
6	N32	5	Sonstige Krankheit der Harnblase
7	D29	4	Gutartiger Tumor der männlichen Geschlechtsorgane
8	N30	< 4	Entzündung der Harnblase
9	N35	< 4	Verengung der Harnröhre
10	D40	< 4	Tumor der männlichen Geschlechtsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig
11	N42	< 4	Sonstige Krankheit der Prostata
12	R50	< 4	Fieber unbekannter Ursache

B-7.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-573	85	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre
2	5-585	47	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre
3	1-464	34	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm
4	8-132	32	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
5	1-460	18	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre
6	5-601	5	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre
7	1-661	4	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
8	5-609	4	Sonstige Operation an der Prostata
9	5-600	< 4	Operativer Einschnitt in die Prostata
10	1-693	< 4	Untersuchung der Harnwege durch eine Spiegelung, die über einen operativen Einschnitt oder während einer Operation erfolgt
11	5-570	< 4	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung
12	8-930	< 4	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
13	5-581	< 4	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges
14	5-582	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre
15	5-640	< 4	Operation an der Vorhaut des Penis

B-7.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-7.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-640	27	Operation an der Vorhaut des Penis
2	5-562	< 4	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung
3	5-581	< 4	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges
4	5-621	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodens
5	5-631	< 4	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden
6	5-636	< 4	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters - Sterilisationsoperation beim Mann

B-7.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.10 Personelle Ausstattung

B-7.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	1 Personen	0,01042

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- Urologie (AQ60)

Zusatz-Weiterbildung

B-7.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	1,0 Vollkräfte	0,01042	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

Zusatzqualifikation

- **Basale Stimulation (ZP01)**
Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
- **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
- **Kontinenzmanagement (ZP09)**
Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patienten und Angehörigen zur Verfügung.
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurse tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patienten anhand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
- **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.
- **Ernährungsmanagement (ZP06)**
Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet.

B-7.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

B-8 Geriatrie Tagesklinik

B-8.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Geriatrie Tagesklinik



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

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Blankenberg
Hausanschrift: Herkulesstraße 34
34119 Kassel

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

E-Mail: h-j.harhoff@diako-kassel.de
URL: <http://www.diako-kassel.de>

B-8.2 Medizinische Leistungsangebote - Geriatrie Tagesklinik

- **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 hirnersorgenden Arterien, kranielles CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnersorgenden Gefäße. Laboruntersuchungen. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
- **Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)**
Geriatisches Basisassessment. Geriatische 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. Geriatisches Basisassessment. Geriatische 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). Geriatisches Basisassessment. Geriatische 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)**
Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, Spirometrie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie (insbes. Atemgymnastik), physikalische Therapie (insbesondere Vibrax-Klopfmassage und Inhalationen), Ergotherapie
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)**
Sonographie, Röntgen, CT. Medikamentöse Therapie, diagnostische und therapeutische Punktionen, Physiotherapie, physikalische Therapie. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung.
- **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. Geriatische 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)**
Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische 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.
- **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.
- **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 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 geriatrischen Erkrankungen (VN19)**
Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
- **Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)**
Im Zentrum für Altersmedizin am Burgfeldkrankenhaus stationäre und ambulante gerontopsychiatrische Betreuung sowie geriatrische Komplexbehandlung voll- und teilstationär

B-8.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geriatrie Tagesklinik

- **Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung (BF16)**
Zercur-Weitergebildete Mitarbeiter
- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)**
- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)**
- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **Allergenarme Zimmer (BF23)**
keine Pollenfilter
- **Diätische Angebote (BF24)**
können über die Küche angefordert werden. Diätberatung möglich
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
Elektrische Betten sind für übergroße Patienten geeignet, höhenverstellbar und bis 240 kg zugelassen.
- **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-8.4 Fallzahlen - Geriatrie Tagesklinik

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	102

B-8.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98a	1263	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt
2	1-266	27	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
3	8-550	< 4	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
4	3-990	< 4	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung

B-8.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-8.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-8.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-8.10 Personelle Ausstattung

B-8.10.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- Innere Medizin (AQ23)

Zusatz-Weiterbildung

B-8.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	1,3 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

Zusatzqualifikation

- **Basale Stimulation (ZP01)**
Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
- **Bobath (ZP02)**
Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
- **Dekubitusmanagement (ZP18)**
Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem Patient wird anhand der Bradenskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
- **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.
- **Kontinenzmanagement (ZP09)**
Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patienten und Angehörigen zur Verfügung.
- **Praxisanleitung (ZP12)**
Weitergebildete Mitarbeiter werden eingesetzt.
- **Schmerzmanagement (ZP14)**
In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurse tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patienten anhand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.

- **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.
- **Kinästhetik (ZP08)**

B-8.10.3 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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)	376	100,0	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	164	100,0	gemeinsame Dokumentationsrate für zwei Standorte
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 -

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kommentar Krankenhaus	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.
------------------------------	---

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen
Kennzahlbezeichnung	Kritischer Zustand des Neugeborenen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	A41 -
Kommentar Krankenhaus	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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -
Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie
Kennzahlbezeichnung	Sicherung der Diagnose vor Operation eines tastbaren Brustkrebses
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -
Kommentar Krankenhaus	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3500 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	46 / 281
Ergebnis (Einheit)	16,4%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 51,1%
Vertrauensbereich	12,5 - 21,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	0 / 14
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 61,9%
Vertrauensbereich	0,0 - 21,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 51,9%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)
Kennzahlbezeichnung	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
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,0$
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)
Kennzahlbezeichnung	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
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,3$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

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

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)
Kennzahlbezeichnung	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
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,2$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	165 / 165
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	97,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -
Kommentar Krankenhaus	gemeinsame Auswertung für zwei Standorte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (CQ01)**

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	33
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]	33
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	33

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).