



AGAPLESION
DIAKONIE KLINIKEN KASSEL

QUALITÄTSBERICHT 2012

Standort Frauenklinik Dr. Koch

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

Erstellt am 28.02.2014



Inhaltsverzeichnis

Einleitung4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts..9
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 9
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers 11
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 11
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 11
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 11
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit..... 16
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses 16
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 17
A-10	Gesamtfallzahlen..... 17
A-11	Personal des Krankenhauses 17
A-12	Verantwortliche Personen des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements 19
A-13	Besondere apparative Ausstattung..... 20
A-14	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 20
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen23
B-1	Geburtshilfe 23
B-2	Frauenheilkunde..... 31
B-3	Anästhesie und Schmerztherapie..... 40
B-4	Physikalische Medizin und Rehabilitation 43
C	Qualitätssicherung.....46
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V 46

C-1.1.[1]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für 0:	46
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	129
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	129
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	129
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	129
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	129
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	129
D	Qualitätsmanagement	130
D-1	Audits	130
D-2	Risikomanagement	131
D-3	Meinungsmanagement.....	131
D-4	Zertifizierungen	132
D-5	Ideenbörse	132
D-6	Befragung.....	133
D-7	Projektorganisation.....	133

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

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

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

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

Informationen

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

Frankfurt am Main, im April 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Gerhard Hallenberger
Vorstand
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Einleitung des Krankenhauses

Sehr geehrte Leser und Leserin,

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

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

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

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

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

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

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

Wir verfolgen mit dem Qualitätsbericht folgende Ziele:

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

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

Zur Krankenhausleitung der AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL gehören:



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

Verantwortlich:

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

Ansprechpartner:

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

Die männliche schließt die weibliche Form mit ein.

Links: ► www.diako-kassel.de
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:	0000 0000-0
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:	0561/1002-2000 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: 02

Standortname: AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL /Frauenklinik Dr. Koch

Hausanschrift: Pfarrstraße 19
34123 Kassel

Telefon: 0561 1002-0
Fax: 0000 0000-0

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: 0561/1002-2001 | 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

Lehrkrankenhaus: nein

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- **Audiometrie/Hördiagnostik (MP55)**
Mitarbeitende der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Hebammen haben eine Fortbildung absolviert und wenden diese Technik bei jedem Neugeborenen entsprechend der Leitlinien an (Neugeborenen-Hörscreening).
- **Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik (MP19)**
Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik werden in den Elternschulen der AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL angeboten.
- **Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie (MP28)**
Homöopathie im Wochenbett
- **Schmerztherapie/-management (MP37)**
Perioperative Schmerztherapie mit Pain Nurses, Schmerztherapeuten u. Schmerzvisiten für chronische Schmerzpatienten. Kooperation mit Schmerztherapeutischer 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.
- **Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern (MP05)**
Diverse Angebote über die Elternschulen der Klinik.



- **Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien (MP65)**
Babymassagekurse,
weitere Angebote über die Elternschulen der Klinik.
 - **Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen (MP41)**
im Kreißsaal viele Möglichkeiten, zu entbinden: Unterwassergeburt, Bälle, Hocker, Vier-Füßler-Stand usw. Technik wird auf individuelle Wünsche der Mutter abgestimmt. Anwendung von Homöopathie und Akupunktur, Angebot einer umfassenden Schmerztherapie (Periduralanästhesie). Rückbildungsgymnastik
 - **Stillberatung (MP43)**
Erfolgt durch ausgebildete Laktationsberaterinnen im Kreißsaal und im Neugeborenen Bereich sowie in den Elternschulen der Klinik
 - **Wundmanagement (MP51)**
Auf den Stationen gibt es ausgebildete Wundexperten nach ICW. Ein standardisiertes Wundmanagement ist vorhanden. Ärzte, Pflegekräfte u. Apothekerin aktualisieren regelmäßig den hauseigenen Standard, der als "Leitfaden zur Wundbehandlung" dient.
 - **Akupunktur (MP02)**
Geburtshilfe, Wochenbett
Mitarbeitende der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Hebammen haben eine Fortbildung absolviert und wenden diese Technik bei Bedarf an.
 - **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**
Diät und Ernährungsberatung wird über die Küche angemeldet, z.B. für Patienten mit Lactoseintoleranz, Histaminintoleranz
 - **Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)**
Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird bei Bedarf durch den Sozialdienst vermittelt. Ein strukturiertes Überleitungsmanagement erweist sich ebenso hilfreich wie Vorträge und Schulungen für Selbsthilfegruppen
 - **Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)**
Strukturiertes Überleitungsmanagement
- Es gibt eine Kooperation mit den Diakonie-Stationen. Diese sind Mitglied in der ständigen Arbeitsgruppe Überleitung (siehe auch MP15 Entlassungsmanagement)
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**
Im Rahmen der physikalischen Therapie (u.a. lokale Eisbehandlung, Fangopackungen, Infrarot-Lichttherapie)
 - **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**
Durch die örtliche Nähe zum Sanitätshaus ist eine eingehende und zeitnahe Versorgung der Patienten gewährleistet.
 - **Stomatherapie/-beratung (MP45)**
Erfolgt bei Bedarf durch ausgebildete Fachkräfte für Stomatherapie.
 - **Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)**
Im Pflegebereich werden Pflegevisiten durch die Pflegedienstleitung durchgeführt. Für die Wund- und Stomabehandlung stehen ausgebildete Experten für die Beratung der Patienten und Angehörigen zur Verfügung. Im Entbindungsbereich sind die Mitarbeiter in der Akupunktur-Technik ausgebildet.



- **Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)**
In Kooperation mit Dr. med. Michael Schmidt, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin; Betreuung durch abteilungsinterne Psychologin: Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Entspannungstraining;
psychoonkologische Betreuung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen
- **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.
- **Pädagogisches Leistungsangebot (MP30)**
Schulung von Patienten und Angehörigen.
- **Medizinische Fußpflege (MP26)**
Auf Wunsch wird ein medizinischer Fußpfleger ins Haus bestellt.
- **Massage (MP25)**
Klassische Massage, auch modifiziert, Bindegewebsmassage, Friktionsmassage
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**
Komplexe physikalische Entstauungstherapie mit manueller Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung
- **Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)**
Fortgebildetes Personal unterstützt die Patienten.
- **Kinästhetik (MP21)**
Fortbildungen zu Kinästhetik werden von einem qualifizierten Trainer angeboten. Anwendung im Rahmen der Pflegestandards
- **Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege (MP17)**
Pflegebereich arbeitet nach Pflegemodell von Nancy Roper (ATL). Die Bereichs- und Gruppenpflege kommt in einer modifizierten Form zur Anwendung.
- **Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)**
Das Entlassungsmanagement ist im Verfahrensstandard geregelt. Im Konzept zur Patienten-Überleitung sind Berufsgruppen Aufgaben klar zugeordnet. Es finden regelmäßig Treffen von Sozialdienst, Pflege, Diakoniestationen und Diako-Sanitätshaus statt, um Aktuelles zu besprechen u. Vereinbarungen zu treffen.
- **Sporttherapie/Bewegungstherapie (MP11)**
Fortbildungen zu Kinästhetik und Bobath werden angeboten. Fortgebildete Mitarbeiter wenden dies an.
- **Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)**
Wir bieten Palliativmedizin/-pflege. Sterbebegleitung durch Seelsorge und Pflegedienst. Abschiedsraum vorhanden. Aussegnung wird von Seelsorge angeboten, Versorgung verstorbener muslimischer Patienten ist möglich. Mitarbeitende bilden sich in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender fort.
- **Belastungstraining/-therapie/Arbeiterprobung (MP56)**
Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL setzen das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement konsequent um. In dem Konzept sind Regelungen zur Arbeitsbelastung beschrieben.
- **Basale Stimulation (MP06)**
Dieses Thema wird im Rahmen der Innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung angeboten. Fortgebildete Mitarbeiter wenden die basale Stimulation bei ihrer pflegerischen Tätigkeit an.

- **Atemgymnastik/-therapie (MP04)**
Diese erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiterinnen der Physiotherapie nach ärztl. Anordnung. Atemgymnastik (Physiotherapie), Vibrax, Inhalationen
- **Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)**
Erfolgt über unseren Pflege- u. Sozialdienst, das angegliederte Diako-Sanitätshaus, die Diakoniestationen sowie unsere Seelsorge. Angehörigenberatung erfolgt bei Anleitung von Verbänden, Stomaver-sorgung o. nachstationärer Versorgung in allgem. Pflege. Die DKK-Elternschulen bieten zahlreiche Kurse

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (NM14)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 2€

Kommentar: Fernsehgeräte sind in jedem Patientenzimmer vorhanden.

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: Wertfächer für Patienten befinden sich in den Patientenzimmern, dort in den Patientenschränken.

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

Zusatzangaben: Kosten pro Stunde maximal: 0,0€

Kosten pro Tag maximal: 0€

Kommentar: Klinikeigene Parkplätze stehen kostenfrei zur Verfügung.

Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum (NM01)

Kommentar: Aufenthaltsräume finden sich in jedem Stockwerk.

Rooming-in (NM07)

Kommentar: Rooming-in ist im Konzept der integrativen Wochenbettpflege verankert. Die Mütter haben die Möglichkeit ggf. die Kinder im Kinderzimmer abzugeben.

Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) (NM09)

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

Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen (NM49)

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

Hotelleistungen (NM65)

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

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.

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.

Ein-Bett-Zimmer (NM02)

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

Mutter-Kind-Zimmer (NM05)

Kommentar: Jede Mutter hat die Möglichkeit ihr Neugeborenes im Kinderbett im Patientenzimmer zu versorgen.

Zwei-Bett-Zimmer (NM10)

Kommentar: Zwei-Bett-Zimmer stehen zur Verfügung.

Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM11)

Kommentar: 11 Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle stehen zur Verfügung.

Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen (NM60)

Kommentar: Auf Wunsch vermittelt der Sozialdienst Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen.

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

Kommentar: Bei Bedarf ist die Möglichkeit gegeben.

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

- **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
- **Doktorandenbetreuung (FL09)**
Dr. A. Fiehn, MBA
- **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)**
Dr. A. Fiehn, MBA, hält regelmäßig 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)**
Dr. A. Fiehn, MBA, Zusammenarbeit mit der Universität Kassel zur Simulation von Brand- und Evakuierungsmodellen für Krankenhäuser
- **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 Rotes Kreuz Krankenhaus und Marienkrankenhaus Kassel in der CBG Christliches Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe gGmbH mit 210 Ausbildungsplätzen, davon 90 für die DKK. Die CBG kooperiert mit der Ev. Fachhochschule Darmstadt, dies ermöglicht einen verkürzten Bachelorstudiengang.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 80

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 5957
Teilstationäre Fallzahl: 0
Ambulante Fallzahl: 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	18,4 Vollkräfte
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	11,4 Vollkräfte
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen

A-11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	36,3 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	12,6 Vollkräfte	3 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	3,8 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,6 Vollkräfte	ab 200 Stunden Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	29 Personen	3 Jahre	Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIEN KASSEL arbeiten darüber hinaus mit 10 Beleghebammen zusammen
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	3,0 Vollkräfte	3 Jahre	

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)	2,0	Wundexperte nach ICW
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)	0	Extern. Regelmäßig einmal die Woche ist die Mitarbeiterin auf den Stationen am Standort Klinik Dr. Koch. Bei Bedarf kann sie jederzeit angefordert werden.
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomathe- rapie (SP27)	0	Personal mit Zusatzqualifizierung Stomathe- rapie steht am Standort Diakonissen-Krankenhaus zur Verfügung und wird bei Bedarf angefordert.
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	0,8	
Podologe und Podologin (Fußpfleger und Fußpfle- gerin) (SP22)	0	Kooperation mit externen Anbietern besteht, diese kommen auf Anforderung kurzfristig zum Patienten.
Diätassistent und Diätassistentin (SP04)	0	In der hauseigenen Küche sind Mitarbeiter mit der entsprechenden Qualifikation beschäftigt.
Orthopädiemechaniker und Bandagist und Ortho- pädiemechanikerin und Bandagis- tin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädie- schuhmacherin (SP18)	0	Durch die Kooperation mit dem im Haus befindlichen Diako-Sanitätshaus stehen Orthopädietechniker und Orthopädieschuhmacher täglich kurzfristig zur Verfügung.
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	0	Ein Psychologe kann bei Bedarf jederzeit angefordert werden.

A-11.4 Hygienepersonal

	Anzahl	Kommentar
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 Personen	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	6 Personen	In allen Bereichen sind Hygienebeauftragte MA eingesetzt
Hygienekommission eingerichtet:	ja	
Vorsitzende/ -er:	Dr. med. A. Fiehn, ÄD	

A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Doris Heinemann

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Apparative Ausstattung	24h	Kommentar
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja	Die Beatmungstherapie ist sowohl mit nicht-invasiven Methoden (NIV) als auch mit allen modernen invasiven Methoden möglich
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Ja	Am Standort Diakonissen-Krankenhaus
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein	In Kooperation am Standort Diakonissen-Krankenhaus
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Ja	In Kooperation extern
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Ja	

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

Patientenbefragungen

Aussage: Nein

Einweiserbefragungen

Aussage: Nein

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

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 13:00-16:00 Uhr, zusätzlich bei Bedarf.

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: entfällt

Zusatzinformationen Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Kommentar: Wir haben für Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeitenden 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.5918.0html> bietet die 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 Geburtshilfe

B-1.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Geburtshilfe



Chefarzt: Dr. med Wouter Simoens

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Loewer
Hausanschrift: Pfarrstraße 19
34123 Kassel

Telefon: 0561 1002-1260
Fax: 0561 1002-1265

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

B-1.2 Medizinische Leistungsangebote - Geburtshilfe

- **Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)**
- **Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)**
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)**
- **Geburtshilfliche Operationen (VG12)**
Vaginale Beckenendlage-Entbindung, Gemini (Zwillings-)-Entbindung , Vakuumextraktion (Saugglocke), Wunschsectio (Wunschkaiserschnitt)
- **Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)**
- **Ambulante Entbindung (VG19)**
- **Versorgung von Mehrlingen (VK23)**
Gemini (Zwillinge) ab 35. Schwangerschaftswoche
- **Neugeborenencreening (VK25)**
z. B. Hörscreening, Stoffwechselscreening

- **Native Sonographie (VR02)**
neues 4-D-Gerät, 3D-Ultraschall
High-End-Gerät
- **Duplexsonographie (VR04)**
- **Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)**
- **Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung (VR27)**
- **Sonstige im Bereich Pädiatrie (VK00)**
Konsiliarischer Ultraschall und Echo bei Auffälligkeiten
- **Neonatologische Überwachungseinheit (VG00)**
Extern durch das Klinikum Kassel geleitete 24- stündige Überwachungseinheit. 24- stündige Präsenz einer Intensiv Kinderkrankenschwester, Neonatologe täglich vor Ort.

B-1.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Geburtshilfe

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

Vollstationäre Fallzahl: 4400
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	1528	Neugeborene
2	O70	596	Dammriss während der Geburt
3	O68	235	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes
4	O26	158	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
5	O34	154	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane
6	O71	123	Sonstige Verletzung während der Geburt
7	O42	108	Vorzeitiger Blasensprung
8	O80	106	Normale Geburt eines Kindes
9	O36	103	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind
10	O21	81	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft
11	O99	76	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert
12	O47	73	Wehen, die nicht zur Eröffnung des Muttermundes beitragen - Unnütze Wehen
13	O64	69	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt
14	O69	66	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Komplikationen mit der Nabelschnur
15	O63	54	Sehr lange dauernde Geburt

B-1.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	1723	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	1-208	1565	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
3	5-758	991	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt
4	5-749	726	Sonstiger Kaiserschnitt
5	9-260	663	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
6	9-261	509	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind
7	8-910	337	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)
8	5-730	316	Künstliche Fruchtblasensprengung
9	5-738	303	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht
10	5-728	136	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Sauglocke
11	8-510	117	Umlagerung des ungeborenen Kindes (Fetus) vor der Geburt
12	8-515	105	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe
13	9-280	74	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt
14	5-690	63	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
15	5-756	54	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt

B-1.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Dr. W. Simoens

Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	Sprechstunde für Pränatale Diagnostik und Therapie. Degum II Zentrum. Leiter Degum II Kursleiter
Angebotene Leistung	Ambulante Entbindung (VG19)
Angebotene Leistung	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebotene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angebotene Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angebotene Leistung	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Ambulanz Dr. W. Simoens

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Sprechstunde für Pränatale Diagnostik und Therapie. Degum II Zentrum. Leiter Degum II Kursleiter
Angebotene Leistung	Ambulante Entbindung (VG19)
Angebotene Leistung	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebotene Leistung	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
Angebotene Leistung	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Ambulanz Dr. Simoens

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
-------------	---

B-1.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	7,7 Vollkräfte	0,00175	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,2 Vollkräfte	0,00095	Der Chefarzt der Abteilung ist Degum II Kursleiter. Schwerpunkt spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin sowie Schwerpunkt operative Gynäkologie.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- **Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)**
- **Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin (AQ17)**

Zusatz-Weiterbildung

B-1.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer	Kommentar
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	11,6 Vollkräfte	0,00264	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	12,6 Vollkräfte	0,00286	3 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,8 Vollkräfte	0,00041	1 Jahr	
Entbindungspfleger und Hebammen	29 Personen	0,00659	3 Jahre	Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL arbeiten darüber hinaus mit 10 Beleghebammen zusammen.
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	1,2 Vollkräfte	0,00027	3 Jahre	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Bachelor (PQ01)**
- **Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)**
Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.

Zusatzqualifikation

- **Praxisanleitung (ZP12)**
- **Wundmanagement (ZP16)**
In allen Fachabteilungen sind ausgebildete Wundmanager (Wundexperte ICW) vorhanden.
- **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 Pat. 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.

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

Trifft nicht zu.

B-2 Frauenheilkunde

B-2.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Frauenheilkunde



Chefarzt: Dr. Gabriele Münich, Oberärztin und kommissarische Leiterin

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Haas
Hausanschrift: Pfarrstraße 19
34123 Kassel

Telefon: 0561 1002-1560
Fax: 0561 1002-1555

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

B-2.2 Medizinische Leistungsangebote - Frauenheilkunde

- **Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)**
- **Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)**
z. B. paraurethrale Injektionen bei Inkontinenz
- **Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)**
- **Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)**
eingeschränkt, inklusive Stanzbiopsien, Chemotherapie bei Karzinomen, plastische Chirurgie (Koperation mit Dr. Gruhl)
- **Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)**
- **Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)**
- **Endoskopische Operationen (VG05)**
z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie, auch aufwendige Eingriffe
- **Gynäkologische Chirurgie (VG06)**
- **Inkontinenzchirurgie (VG07)**
Schwerpunkt
- **Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)**
Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom
- **Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)**



- **Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)**
- **Spezialsprechstunde (VG15)**
Harninkontinenzzustände und Senkungen der Gebärmutter , der Blase und des Darmes
- **Native Sonographie (VR02)**
- **Duplexsonographie (VR04)**
- **Endosonographie (VR06)**
Vaginalsonographie
- **Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)**
- **Urogynäkologie (VG16)**
Deszensuschirurgie, Inkontinenzchirurgie

B-2.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Frauenheilkunde

- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)**
Nicht alle Zimmer sind mit einer rollstuhlgerechten Toilette und Dusche ausgestattet.
- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)**
Nicht alle Zimmer sind mit einer rollstuhlgerechten Toilette ausgestattet.
- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **Diätische Angebote (BF24)**
Diätberatung kann über die Küche angefordert werden.
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
Elektrische Betten sind für übergroße Patienten und bis 240 Kg Körpergewicht geeignet. Alle Betten sind höhenverstellbar.
- **Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung (BF04)**
- **Allergenarme Zimmer (BF23)**
keine Pollenfilter vorhanden
- **Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Patientenlifter (BF21)**
werden bei Bedarf angemietet
- **Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Anti-Thrombosestrümpfe (BF22)**
sind bei Bedarf bestellbar

B-2.4 Fallzahlen - Frauenheilkunde

Vollstationäre Fallzahl:	1557
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-2.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	D25	321	Gutartiger Tumor der Gebätermuskulatur
2	N81	135	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
3	N80	133	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter
4	D27	109	Gutartiger Eierstocktumor
5	N39	102	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
6	N83	79	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
7	C56	46	Eierstockkrebs
8	D06	45	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) des Gebärmutterhalses
9	C54	43	Gebärmutterkrebs
10	N92	38	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung
11	N84	36	Gutartige Schleimhautwucherung (Polyp) im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane
12	O00	32	Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter
13	N70	28	Eileiterentzündung bzw. Eierstockentzündung
14	N85	27	Sonstige nichtentzündliche Krankheit der Gebärmutter, ausgenommen des Gebärmutterhalses
15	R10	27	Bauch- bzw. Beckenschmerzen

B-2.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-683	585	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
2	8-919	451	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen
3	5-549	434	Sonstige Bauchoperation
4	5-469	322	Sonstige Operation am Darm
5	5-983	316	Erneute Operation
6	5-657	252	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung
7	5-704	235	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
8	5-690	195	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
9	5-681	189	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
10	5-653	181	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter
11	5-986	150	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)
12	5-651	148	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
13	1-672	128	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
14	5-932	127	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
15	5-593	102	Operation zur Anhebung des Blasenhalses bei Blasenschwäche mit Zugang durch die Scheide

B-2.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Frau Dr. Münich

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
Angebotene Leistung	Endoskopische Operationen (VG05)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Endokrinologie (VG18)
Angebotene Leistung	Inkontinenzchirurgie (VG07)
Angebotene Leistung	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie (VG04)
Angebotene Leistung	Reproduktionsmedizin (VG17)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

Ambulanz Frau Dr. Münich

Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
Angebotene Leistung	Endoskopische Operationen (VG05)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Endokrinologie (VG18)
Angebotene Leistung	Inkontinenzchirurgie (VG07)
Angebotene Leistung	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie (VG04)
Angebotene Leistung	Reproduktionsmedizin (VG17)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

B-2.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-672	54	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
2	5-690	49	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
3	5-651	18	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
4	5-469	9	Sonstige Operation am Darm
5	5-681	7	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
6	5-702	7	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide
7	1-694	6	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
8	5-657	4	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung
9	5-671	< 4	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals
10	5-691	< 4	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter

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)	7,7 Vollkräfte	0,00495
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,2 Vollkräfte	0,00270
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe (AQ14)

Zusatz-Weiterbildung

B-2.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	19,4 Vollkräfte	0,01246	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,0 Vollkräfte	0,00128	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	1,6 Vollkräfte	0,00103	ab 200 Stunden Basiskurs
Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen	1,5 Vollkräfte	0,00096	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

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

Zusatzqualifikation

- **Praxisanleitung (ZP12)**
- **Wundmanagement (ZP16)**
In allen Fachabteilungen sind ausgebildete Wundmanager (Wundexperte ICW) vorhanden.
- **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 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 Aufnahme wird eine Sturzskaala erhoben und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Es existiert ein Arbeitskreis pos. Fehlerkultur, in dem Maßnahmen zur Sturzprophylaxe erarbeitet wurden. Ein Flyer für Patienten und Angehörige der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält

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

Trifft nicht zu.

B-3 Anästhesie und Schmerztherapie

B-3.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Anästhesie und Schmerztherapie



Chefarzt: Dr. med. A. Fiehn, MBA

Hausanschrift: Pfarrstraße 19
34123 Kassel

Telefon: 0561 1002-1200

Fax: 0561-1002-1205

E-Mail: anaesthesie@diako-kassel.de

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

B-3.2 Medizinische Leistungsangebote - Anästhesie und Schmerztherapie

- **Schmerztherapie (VI40)**

Ein Akutschmerzdienst in Zusammenarbeit mit 3 „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.

- **Anästhesiologische Versorgung (VX00)**

Leitlinien orientiert werden alle modernen Verfahren, wie die kombinierte Allgemein- und Regionalanästhesie, balancierte und totalintravenöse Formen der Allgemeinanästhesie, verschiedene Regionalanästhesie Verfahren, ein 24 h Periduralanästhesie Dienst (Geburtshilfe) u. die Schmerztherapie durchgeführt.

- **OP- Management (VX00)**

B-3.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Anästhesie und Schmerztherapie

- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. (BF06)**

Nicht alle Zimmer sind mit einer rollstuhlgerechten Toilette und Dusche ausgestattet.

- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)**

Nicht alle Zimmer sind mit einer rollstuhlgerechten Toilette ausgestattet.

- **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 kann über die Küche angefordert werden.
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
Elektrische Betten sind für übergroße Patienten und bis 240 Kg Körpergewicht geeignet. Alle Betten sind höhenverstellbar.
- **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 - Anästhesie und Schmerztherapie

Trifft nicht zu/entfällt

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

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
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	3,0 Vollkräfte	0,00000
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,0 Vollkräfte	0,00000
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

- **Anästhesiologie (AQ01)**
- **Transfusionsmedizin (AQ59)**

Zusatz-Weiterbildung

- **Ärztliches Qualitätsmanagement (ZF01)**
- **Intensivmedizin (ZF15)**
- **Notfallmedizin (ZF28)**

B-3.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	5,3 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- **Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)**

Zusatzqualifikation

- **Schmerzmanagement (ZP14)**

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

Trifft nicht zu.

B-4 Physikalische Medizin und Rehabilitation

B-4.1 Allgemeine Angaben

Fachabteilung: Physikalische Medizin und Rehabilitation



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

Ansprechpartner: Sekretariat: Frau Blankenberg
Hausanschrift: Pfarrstr. 19
34123 Kassel

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

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

B-4.2 Medizinische Leistungsangebote - Physikalische Medizin und Rehabilitation

- **Schmerztherapie (VI40)**
- **Sonstige im Bereich Gynäkologie (VG00)**
Gynäkologische Frührehabilitation

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

- **Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen (BF08)**
- **Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen (BF10)**
- **geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar) (BF17)**
elektrische Betten 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
- **Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (BF07)**
Nicht alle Zimmer sind mit einer rollstuhlgerechten Toilette ausgestattet.

B-4.4 Fallzahlen - Physikalische Medizin und Rehabilitation

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Dr. Harhoff

Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
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 (VI00)

B-4.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.10 Personelle Ausstattung

B-4.10.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

- Physikalische und Rehabilitative Medizin (AQ49)
- Innere Medizin (AQ23)

Zusatz-Weiterbildung

- Geriatrie (ZF09)
- Notfallmedizin (ZF28)
- Physikalische Therapie und Balneologie (ZF32)
- Rehabilitationswesen (ZF37)

B-4.10.2 Pflegepersonal

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

Zusatzqualifikation

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

Trifft nicht zu.

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

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

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	164	100,0	gemeinsame Dokumentationsrate für zwei Standorte
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	1129	100,0	gemeinsame Dokumentationsrate für zwei Standorte
Neonatalogie (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)	>= 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)	>= 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)	>= 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)	<= 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 Signalausgangs 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 Signalausgangs 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 Signalausschlags der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	28 / 28
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 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 Signalausschlags der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	34 / 34
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 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)	>= 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)	>= 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 Signalausschlags 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 Ventrikelson- den
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags 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 Signalausschlags (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 Signalausschlags (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)	>= 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)	>= 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)	>= 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)	>= 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 Signalausschlags der Schockgebersonde im Vorhof während der Operation
Zähler / Nenner	13 / 13
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 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 Signalausschlags der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	32 / 32
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 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)	<= 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)	>= 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)	>= 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 Signalausschlags der Schockgebersonde im Vorhof während der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 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 Signalausschlags der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	8 / 8
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 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)	<= 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)	>= 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 Signalausgangs 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 Signalausschlags 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)	Ventrikelsendislokation 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)	>= 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)	>= 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)	Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe 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)	Damriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Damriss 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)	<= 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 Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	15 / 15
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 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)	>= 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)	$\leq 2,2$
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)	<= 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)	>= 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)	>= 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)	>= 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)	>= 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)	>= 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)	>= 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)	<= 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)	>= 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)	<= 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)	<= 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)	<= 5,0min
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)	<= 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 Dekubitalucera 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 Dekubitalucera 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)	≤ 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)	<= 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)	$\geq 90,0\%$
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)	$\geq 90,2\%$
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)	>= 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)	>= 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)	>= 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)	<= 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:

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

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

D Qualitätsmanagement

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

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

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

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



D-1 Audits

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

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



D-2 Risikomanagement

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

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

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

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



D-3 Meinungsmanagement



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

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

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



D-4 Zertifizierungen

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

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



pCC-zertifiziert nach DIN EN ISO
9001 : 2008



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



D-5 Ideenbörse

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



D-6 Befragung

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

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

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

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



D-7 Projektorganisation

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

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

Einführung des Patientenarmbandes

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

Standardisierung von Spritzenetiketten

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

Vermeidung von Seitenverwechslungen in der Chirurgie

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