

Qualitätsbericht 2020

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2020

Erstellt am 31.12.2021



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	14
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	15
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	17
A-9 Anzahl der Betten.....	19
A-10 Gesamtfallzahlen.....	19
A-11 Personal des Krankenhauses.....	19
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	27
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	46
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	48
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	49
B-1 Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie.....	49
B-3 Klinik für Innere Medizin - Kardiologie und Rhythmologie.....	72
B-4 Klinik für Innere Medizin – Akutgeriatrie und Frührehabilitation.....	84
B-5 Geriatrische Tagesklinik.....	97
B-6 Klinik für Gynäkologie mit dem Schwerpunkt Urogynäkologie.....	106
B-7 Klinik für Geburtshilfe mit Neonatologie / Pränatalmedizin.....	116

B-8	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	125
B-9	Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie Hauptabteilung	137
B-10	Klinik für Plastische Chirurgie-Schönheit und Ästhetik, Handchirurgie	147
B-11	Klinik für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie	155
B-12	Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	165
B-13	Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie.....	173
C	Qualitätssicherung.....	179
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	179
C-1.2.[1]	Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus	182
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	251
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	252
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	252
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	252
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	255
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	255
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	255
D	Qualitätsmanagement.....	258
Audits	.....	259
Risikomanagement	.....	259
Zertifizierungen	.....	260
Ideen- und Innovationsmanagement	.....	261
Befragungen	.....	261
Projektorganisation	.....	262

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Kristin Herbort
Telefon	0561/1002-3460
Fax	0561/1002-3005
E-Mail	kristin.herbort@agaplesion.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Alfred Karl Walter
Telefon	0561/1002-3010
Fax	0561/1002-3005
E-Mail	alfredkarl.walter@agaplesion.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

<https://www.diako-kassel.de>

Link zu weiterführenden Informationen:

<http://www.agaplesion.de>

Frankfurt am Main, im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

am 31. Dezember 2021 sind genau zwei Jahre vergangen, als die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals über Fälle von Lungenentzündung mit unbekannter Ursache in Wuhan in Kenntnis gesetzt worden ist. Hierzulande wähten wir uns in Sicherheit, verorteten Epidemien und Seuchen in andere Regionen dieser Welt. SARS-CoV-2 hat uns gezeigt: Auch wir sind verwundbar. Unser Sicherheitsgefühl ist von jeher trügerisch.

Die Gesundheit und auch der Schutz unserer Patient:innen und Mitarbeiter:innen haben für uns immer höchste Priorität. Die Pandemie hat uns allen – auch der Öffentlichkeit – schmerzlich vor Augen geführt, wie verletzlich wir trotz höchster Schutzmaßnahmen in solch einer Ausnahmesituation sind. Die gesetzlichen Qualitäts- und Sicherheitsauflagen waren enorm hoch und wurden *sofort* umgesetzt. Dennoch haben viele Menschen aus Angst vor einer Ansteckung nach Alternativen zu einer stationären Behandlung gesucht. Oder sie haben eine Behandlung aufgeschoben, teils mit schweren gesundheitlichen Folgen.

Corona wird häufig als „Ausnahmestand“ und „Krise“ bezeichnet. Das ist auch richtig. Das Virus hat eine große Verunsicherung in uns allen ausgelöst und den Blick nach „innen“ gelenkt. In unsere Seele. Für uns war es eine bedrückende Erfahrung, dass zugewandte Medizin und Pflege in der Pandemie nur sehr schwer umzusetzen waren. Schutzvorkehrungen und Distanzgebot haben feste Grenzen gesteckt.

Doch nicht nur eine Pandemie kann die Seele in einen Ausnahmestand oder in eine Krise stürzen, sondern auch Krankheiten oder der Alterungsprozess mit seinen vielfältigen Einschränkungen. Wir bei AGAPLESION wollen unseren Patient:innen in jeder Krise, in jedem Ausnahmestand, in jeder Lebensphase zur Seite stehen und uns Körper *und* Seele annehmen. Dieser Anspruch basiert auf der christlichen Tradition unserer bundesweiten Einrichtungen.

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie haben uns neu sensibilisiert für unsere Bedürfnisse, für unser Seelenheil. Wir wollen alles dafür tun, dass sich unsere Patient:innen gut bei uns aufgehoben wissen. Denn bei uns steht der Mensch mit all seinen Facetten im Mittelpunkt. Echte Qualität ist für uns immer: ganzheitlich.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL sind mit 362 akutstationären Betten plus zwölf Plätzen in der Tagesklinik Geriatrie die größte medizinische Einrichtung der Diakonie in Nordhessen.

Qualität wird in den AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL großgeschrieben. Bereits seit 2004 verfügen wir über ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System. Neben der Gesamthaus-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015, gültig bis zum 17.09.2020, verfügen wir über weitere fachspezifische Auszeichnungen die Ihnen im folgenden Verlauf dargestellt werden. Die endende Gültigkeit unserer ISO-Zertifizierung, ist kein Indiz für schlechte Qualität in unserer Einrichtung, sondern eine Priorisierung auf eine für uns herausfordernde schwierige pandemische Lage. Der ISO-Standard wird in unserem Haus aufrechterhalten und stetig durch interne Prüfstellen überwacht.

Folgend unsere fachspezifischen Zertifizierungen:

1. Zertifizierung der Kardiologie & Rhythmologie als Chest Pain Unit durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK)
2. Zertifizierung der Allgemein- und Viszeralchirurgie als Kompetenzzentrum für chirurgische Koloproktologie durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV)
3. Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie durch die Deutsche Hernien Gesellschaft e.V. (DHG)
4. Kontinenz Beratungsstelle nach den Richtlinien der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.
5. Verleihung des RAL-Gütezeichens an die Gefäßchirurgie als stationäre Einrichtung für Arterien und Venen

Wir nutzen die Zertifizierungsverfahren dazu, die Wirksamkeit unseres QM-Systems zu überprüfen und Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen. Dabei muss das Ergebnis für unsere Patient:innen spürbar sein und die Kundenzufriedenheit erhöht werden. Darum geht es uns! Durch Fort- und Weiterbildung wird die Dienstgemeinschaft regelmäßig auf dem Stand des Wissens zum Wohle der Patient:innen gehalten.

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

Unser Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich in Ihrer täglichen Arbeit um unsere Patientinnen und Patienten kümmern und daran mitwirken, dass sich unsere Einrichtung und die Qualitätsstandards stetig weiterentwickeln.

Bei Fragen steht Ihnen Frau Kristin Herbort (Qualitäts- und Risikomanagement) unter der Telefonnummer (0561) 1002 - 3460 oder per E-Mail (kristin.herbort@agaplesionl.de) zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie unter www.diako-kassel.de

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

Mit freundlichen Grüßen



Alfred Karl Walter
Geschäftsführer

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL
Hausanschrift	Herkulesstraße 34 34119 Kassel
Zentrales Telefon	0561/1002-0
Fax	0561/1002-1010
Zentrale E-Mail	info.dkk@agaplesion.de
Postanschrift	AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL Herkulesstraße 34 34119 Kassel
Institutionskennzeichen	260660839
Standortnummer aus dem Standortregister	772094
Standortnummer (alt)	00
URL	https://www.diako-kassel.de/start

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andreas Fiehn, MBA
Telefon	0561/1002-1201
Fax	0561/1002-1205
E-Mail	andreas.fiehn@agaplesion.de

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

Funktion	Stellv. Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Emilia Stegemann
Telefon	0561/1002-1610
Fax	0561/1002-1505
E-Mail	emilia.stegemann@agaplesion.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Stefanie Kirchner
Telefon	0561/1002-2001
Fax	0561/1002-2005
E-Mail	stefanie.kirchner@agaplesion.de

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Stellv. Pflegedienstleitung ab den 01.04.2021
Titel, Vorname, Name	Judith Lorenz
Telefon	0561/1002-2002
Fax	0561/1002-2005
E-Mail	judith.lorenz@agaplesion.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Alfred Karl Walter
Telefon	0561/1002-3010
Fax	0561/1002-3005
E-Mail	alfredkarl.walter@agaplesion.de

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Verwaltungsdirektorin
Titel, Vorname, Name	Saskia Kaune M.A.
Telefon	0561/1002-3020
Fax	0561/1002-3005
E-Mail	saskia.kaune@agaplesion.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	AGAPLESION gemeinnützige AG/ Stiftung Kurhessisches Diakonissenhaus
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Philipps-Universität Marburg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Erfolgt über den Pflege- u. Sozialdienst, das Diako-Sanitätshaus, kooperierende ambulante Pflegedienste und unsere Seelsorge. Angehörigenberatung erfolgt bei Anleitung von Verbänden, der Stomaversorgung oder bei der nachstationären Versorgung in der allgemeinen Pflege. Die DKK-Elternschule bietet zahlreiche Kurse an.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Diese erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiter:innen der Physiotherapie nach ärztl. Anordnung. Atemgymnastik (Physiotherapie), Vibrax, Inhalationen.
MP06	Basale Stimulation	Dieses Thema wird im Rahmen der Ausbildung und den Weiterbildungen Geriatrie und Anästhesie- und Intensivmedizin gelehrt. Fortgebildete Mitarbeiter:innen wenden die basale Stimulation bei ihrer pflegerischen Tätigkeit an.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Sterbebegleitung durch Seelsorge und Pflegedienst. Abschiedsraum vorhanden. Aussegnung wird von der Seelsorge angeboten, eine Versorgung von verstorbenen muslimischen Patient:innen ist möglich. Die Mitarbeiter:innen bilden sich in der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender fort.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Fortbildungen zu Bobath werden angeboten. Geriatrie: Hockergymnastik für mit eingeschränktes Geh- und Stehvermögen findet in Einzel- oder Gruppentherapie statt.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Gemäß Leitlinie für Diabetes im Alter der geriatrischen und diabetologischen Fachgesellschaften.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	z. B. spezielle Ernährungsberatung Lactoseintoleranz, Histaminintoleranz (siehe SA 44), für geriatrischen Patient:in mit Ernährungs- u./o. Schluckstörungen sowie nach Operationen im Magen- und Darmbereich sowie Bauchspeicheldrüse.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Das Entlassmanagement ist klar mit definierten Aufgaben geregelt. Die Patient:innen können sich nach der Entlassung unter einer festgelegten Telefonnummer bei Fragen melden. Es gibt zusätzlich eine Ernährungsberatung über die Firma GHD mit regelmäßigen Präsenzen im Haus.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Unsere Mitarbeiter:innen arbeiten nach dem Pflegemodell von Nancy Roper. (ATL`s) Die Bereichs- und Gruppenpflege kommt in einer modifizierten Form zur Anwendung, im Intensivbereich wird nach der Bezugspflege gearbeitet. In der Geriatrie finden strukturierte interdisziplinäre Teambesprechungen statt.
MP21	Kinästhetik	Fortbildungen zur Kinästhetik werden von qualifizierten Trainer:innen angeboten.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Geriatrie: Toilettentraining, Miktionsprotokoll, Physiotherapie, physikalische Therapie, Hilfsmittelversorgung, instrumenteller Harnblasen-Langzeitdrainage, Beratungen für Patient:innen oder Angehörige Eine qualifizierte Pflegefachkraft steht für Beratungen zur Verfügung (Urogynäkologie).
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Komplexe physikalische Entstauungstherapie mit manueller Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung.
MP25	Massage	Klassische Massage, auch modifiziert, Bindegewebsmassage, Friktionsmassage.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP26	Medizinische Fußpflege	Auf Wunsch wird ein:e medizinische:r Fußpfleger:in ins Haus bestellt.
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Schulung von Patientinnen, Patienten und Ihren Angehörigen.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Einzeltherapie: KG auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. Bobath, PNF), Gangschulung, Atemtherapie, apparativ-gestützte Mobilisation, apparativ-gestütztes Kraft- und Kreislauftraining.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	Betreuung durch abteilungsinterne Psychologin: Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Entspannungstraining; psychoonkologische Betreuung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Fortbildungen für Mitarbeiter:innen und Gäste. In der Geriatrie im Rahmen der physiotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapie.
MP37	Schmerztherapie/-management	Perioperative Schmerztherapie mit Pain Nurses, Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten, Schmerzvisite für der/die chronische:r Schmerzpatient:in
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	z. B. Sturzprophylaxe im Pflegedienst durch der/die Mitarbeiter:in Die Beratung der Angehörigen und Patienten erfolgt situationsbezogen. Es gibt in verständlicher Sprache Flyer zur Sturzprophylaxe.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Für die Wund- und Stomabehandlung, Inkontinenz und onkolog. Pflege stehen ausgebildete Mitarbeiter:innen für die Beratung der Patient:innen sowie deren Angehörigen zur Verfügung.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Logopädie und Sprachtherapie wird durch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einzeltherapie durchgeführt.
MP43	Stillberatung	Auf der Entbindungsstation erfolgt die Stillanleitung durch erfahrene Hebammen und

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
		Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie durch eine ausgebildete Pflegefachkraft.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Erfolgt durch ausgebildete Fachkräfte für Stomatherapie.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	An unserem Krankenhaus ist das Diako-Sanitätshaus ansässig. Durch die örtliche Nähe zum Sanitätshaus ist eine eingehende und zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Im Rahmen der physikalischen Therapie (u.a. lokale Eisbehandlung, Fangopackungen, Infrarot-Lichttherapie).
MP51	Wundmanagement	Behandlung chronischer Wunden, wie Ulcus cruris und Dekubitus, ist Schwerpunkt der Gefäßchirurgie, Allgemeine Chirurgie, Plastische Chirurgie und Innere Medizin und Angiologie. Die Versorgung erfolgt durch ausgebildete Wundmanager:innen.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird bei Bedarf durch den Sozialdienst vermittelt. Ein strukturiertes Überleitungsmanagement erweist sich ebenso hilfreich, wie Vorträge und Schulungen für Selbsthilfegruppen.
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeiterprobung	Die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL setzen das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement um. In dem Konzept sind Regelungen zur Arbeitsbelastung beschrieben. Es finden Arbeitsplatzbegehungen durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit statt.
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Im Rahmen der physiotherapeutischen Einzeltherapie.
MP63	Sozialdienst	Sozialdienst berät Patientinnen und Patienten, Angehörige bei: 1. Häuslichen Hilfen, wie Vermittlung amb. Pflegedienst, 2. Kurzzeitpflege, Heimplatz, Hospiz, 3. Hilfsmittel, 4. Rehabilitation, 5. Anträge bei Pflegekasse, gesetzliche Betreuung.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Tage der offenen Tür, monatliche Patienten- Informationsveranstaltungen etc., Vorträge für Laien und Fachpersonal in und außerhalb des eigenen Hauses, Presse- und

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
		Öffentlichkeitsarbeit. Es finden diverse Führungen mit Schulen und Erwachsenengruppen, sowie wöchentliche Kreißsaalführungen statt.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Strukturiertes Entlassmanagement, Patientinnen und Patienten werden beraten über stationäre und ambulante Nachsorgemöglichkeiten.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Findet in der Geriatrie statt.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Findet in der Geriatrie statt.
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/ Schwangerschaftsgymnastik	Kurse werden über die Elternschule durchgeführt. Unsere fest angestellten Hebammen sind auch in der Geburtsvorbereitung und -nachsorge tätig. Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit Beleghebammen.
MP36	Säuglingspflegekurse	Finden über die Elternschule statt.
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Finden über die Physiotherapie statt.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt	Stehen für Patient:innen Wahlleistungszimmer mit besonderer Ausstattung und Service zur Verfügung.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt	Alle Wahlleistungszimmer verfügen über eine Nasszelle.
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/gruene-damen-und-herren	Regulär einbestellte Patientinnen und Patienten werden über das Aufnahme- und Ambulanzzentrum aufgenommen. Notfälle stellen sich in Zentrale Notaufnahme vor. Erforderliche Begleitung erfolgt durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer oder durch die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	https://www.diako-kassel.de/ueber-uns/aktuelles-und-veranstaltungen/veranstaltungen	Es finden regelmäßig, interne und auch externe Informationsveranstaltungen mit wechselnden Themen für Patientinnen und Patienten statt. Am Tag der offenen Tür kann man sich über die einzelnen Fachabteilungen und deren Fachspektrum informieren.
NM42	Seelsorge	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/seelsorge	Evang. und kath. Seelsorger:innen und Pfarrer:innen besuchen regelmäßig die Patient:innen und sind auch für Angehörige und Mitarbeiter:innen da. Patientinnen und Patienten können die Sakramente erhalten. Das Seelsorgeteam ist auch nachts und an Wochenenden über eine Rufbereitschaft erreichbar.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt	Stehen für Patientinnen und Patienten Wahlleistungen mit besonderer Ausstattung und Service zur Verfügung.

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt	Alle Wahlleistungszimmer verfügen über eine Nasszelle.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt	Vegetarische und muslimische Ernährung ist über die Küche zu bestellen.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/sozialdienst-und-pflegeueberleitung	Auf Wunsch vermittelt der Sozialdienst Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/fuer-besucher	Begleitpersonen können im Bedarfsfall und nach Verfügbarkeit mit aufgenommen werden. Wenn eine Patientin oder ein Patient im Sterben liegt, wird den Angehörigen die Möglichkeit gegeben, jederzeit dabeizubleiben.
NM68	Abschiedsraum	https://www.diako-kassel.de/ihr-aufenthalt/seelsorge	Der Raum der Zuversicht ist ein Ort, um die liebe Freundin, den lieben Freund oder Angehörigen in unserem Haus besuchen, begleiten, in seiner Genesung bestärken oder zu betrauern. Ein Ort zum Warten, zur Besinnung und zum Abschied nehmen. Hier können Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen allein sein.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Patientensicherheitsbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Kristin Herbort
Telefon	0561/1002-3460
Fax	0561/1002-3005
E-Mail	kristin.herbort@agaplesion.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	Eine genaue Beschreibung der Barrierefreiheit finden Sie unter den einzelnen Fachabteilungen.
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	In unserem Krankenhaus finden werdende Mütter und Vater mit dem Storchenpiktogramm den Weg zu unserem Kreißsaal.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	In unserem Krankenhaus arbeiten Mitarbeiter:innen die mehrere Fremdsprachen sprechen.
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	Es liegt Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen aus. Auch Flyer und Aufklärungsbögen können in mehreren Sprachen zur Verfügung gestellt werden.
BF25	Dolmetscherdienst	Ein Dolmetscherdienst kann, wenn dieser benötigt wird, bei der Aufnahme, Aufklärung und Therapiebesprechung mit hinzugezogen. Eine Einwilligung der Patient:innen ist hierfür erforderlich.
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Im Raum der Stille können Sie sich gerne einmal zurückziehen, um zur Ruhe zu kommen. Hier können Sie eine Kerze anzünden oder sich ins Gebet versenken, Ihre Anliegen aufschreiben oder einfach die Stille erleben. Der Raum ist rund um die Uhr für Sie geöffnet.



Abbildung 1:Farbkonzept im Erdgeschoss Richtung Zentrale Notaufnahme

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. Th. Bürger hält gefäßchirurgische Vorlesungen, Staatsexamina an der OVG-Universität Magdeburg, Examensprüfung Universitätsmedizin in Göttingen (UMG) Dr. A. Fiehn, MBA hält Vorlesungen an der Chitkara Universität, Indien.
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Kontakt über den Ärztlichen Direktor, Dr. A. Fiehn, MBA. Teilnahme an der Ausbildung von Studenten im Praktischen Jahr. Dr. Simoens, Weiterbildungsbefugnis im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe für fünf Jahre und im Bereich spezielle Geburtshilfe und Perinatalogie für drei Jahre.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Prof. Dr. Th. Bürger mit Universität Magdeburg,
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Dr. A. Fiehn, MBA, Leitender Prüfarzt bei multizentrischen Studien.
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Dr. A. Fiehn, MBA, ist Mitglied des Editorial Board Annals of Cardiac Anesthesia.
FL09	Doktorandenbetreuung	Prof. Dr. Th. Bürger, Dr. A. Fiehn, MBA

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Ausbildung im Verbund mit dem Roten Kreuz- und Marienkrankenhaus Kassel in dem Christlichen Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe gGmbH (CBG) mit 80 Ausbildungsplätzen. Die CBG kooperiert mit der Ev. Fachhochschule Darmstadt, dies ermöglicht einen verkürzten Bachelorstudiengang.
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Ausbildungsvertrag zwischen dem Bereich physikalische Medizin und Fachschulen.
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	Auszubildende der MRTA Schule von der Gesundheit Nordhessen Holding in Kassel werden während der praktischen Ausbildung eingesetzt.
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	in Kooperation mit der Hochschule in Fulda. Die praktische Einsätze und Prüfungen finden in unserem Krankenhaus statt.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	Praktische Einsätze von der Ausbildung finden teilweise in unseren Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe statt.
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	Kooperation mit der ASB, Rotes Kreuz, führen praktische Einsätze während der Ausbildung: Intensivstation, Anästhesie, Zentrale Notaufnahme, Geriatrie, Entbindungsstation und auf den allgemeinen Pflegestationen
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Wir bilden Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner aus.

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	362

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	15768
Teilstationäre Fallzahl	58
Ambulante Fallzahl	16493

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 90,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	85,54	
Ambulant	5,19	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	90,73	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 51,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	48,46	
Ambulant	2,91	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	51,37	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 3,67

Kommentar: Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,67	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,62	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 417,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	407,61	
Ambulant	9,66	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	167,7	
Nicht Direkt	249,57	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 5,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,79	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 18,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,22	
Ambulant	0,92	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,09	
Nicht Direkt	9,05	

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 15,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,97	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	15,13	

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 16

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 26,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,03	
Ambulant	2,62	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,75	
Nicht Direkt	15,9	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 1

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	1	
-----------	---	--

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	0	
--------	---	--

Nicht Direkt	1	
--------------	---	--

SP22 - Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Kooperation mit externen Anbietern besteht, diese kommen auf Anforderung kurzfristig zu der Patientin oder dem Patienten.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	1	
-----------	---	--

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	0	
--------	---	--

Nicht Direkt	1	
--------------	---	--

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,7

Kommentar: Kann bei Bedarf angefordert werden

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,7	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 3,51

Kommentar: Es gibt für alle Abteilungen fest zugeordnete Mitarbeiter des Sozialdienstes.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,39	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,51	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 7

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 10,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,61	
Ambulant	0,45	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,06	
Nicht Direkt	0	

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 2

Kommentar: Stomatherapeut:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Eine Ansprechperson für das Qualitätsmanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.

Unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche unserer Patient:innen, ihrer Angehörigen, unserer Kooperationspartner:innen aber auch der einweisenden Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen, hat das Qualitätsmanagement eine fortlaufende Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in allen Bereichen zum Ziel. Dabei arbeitet die Qualitätsmanagementbeauftragte eng mit allen Mitarbeitenden und Führungskräften zusammen.

Verantwortliche Person des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Kristin Herbort
Telefon	0561/1002-3460
Fax	0561/1002-3005
E-Mail	kristin.herbort@agaplesion.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. QM-Team Sitzung mit Mitarbeiter:innen verschiedener Bereiche (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst) 2. Jour Fixe mit der Geschäftsführung/Vorstand 3. Betriebsleitungssitzung 4. quartalsweise Expertenboard Prozess- und Qualitätsmanagement: Treffen aller Qualitätsmanagementbeauftragten konzernweit
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

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

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

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

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

Angaben zur Person

Angaben zur Person Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

Funktion Qualitäts- und Risikomanagement

Titel, Vorname, Name Kristin Herbort

Telefon 0561/1002-3460

Fax 0561/1002-3005

E-Mail kristin.herbort@agaplesion.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich

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

Tagungsfrequenz des Gremiums bei Bedarf

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

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

In unserer Einrichtung tagen CIRS-Basisteams, bestehend aus Mitgliedern der verschiedenen Professionen, Abteilungs- und Funktionsbereiche bei Bedarf. Das CIRS-Basisteam beschäftigt sich mit der Erfassung von Beinahe-Fehlern und kritischen Ereignissen sowie der Aufbereitung von Lösungsstrategien und Veränderung an Prozessen.

Ein einrichtungübergreifender Austausch zum Thema Risikomanagement findet durch den AGAPLESION CIRS Fall des Monats sowie halbjährige Treffen der QMBs (AAB) der Einrichtungen statt.

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

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

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QMRM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	AGA Mitarbeiterbefragung 21.08.2020 AGA Meinungsmanagement 05.07.2021 AGA Audit 27.01.2021 AGA Qualitätspolitik 19.08.2020 AGA Externe Qualitätssicherung 19.06.2019 AGA Qualitätsbericht 13.08.2021 AGA Dokumentenmanagement 14.03.2020 AGA Interne Revision 01.12.2020 AGA CIRS 16.03.2021 AGA Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen 15.03.2021 AGA Patientensicherheit 09.06.2021 AGA Ideenmanagement 08.01.2021 AGA Risikomanagement Übersicht Meldewege 24.02.2021
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		DKK Fort- und Weiterbildung 07.01.2020 AGA Dienstleistungsangebote QMZ,QMT-Schulungen, Schulungen im Dokumentenmanagement roXtra, Audit-Schulungen, Schulungen im Bereich Risikomanagement und CIRS; Schulungen im Bereich Meinungsmanagement etc. E-Learning- Angebote für alle Mitarbeiter AGA Lernwelt- Pflichtfortbildungen 21.07.2021 AGA Führungskräfte training II 03.02.2021
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung (AGA Mitarbeiterbefragung) haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	Manchester Triagesystem MTS für Notfallpatient:innen Verschiedene Standards und Verfahrensanweisungen zum Notfallmanagement (z.B. Reanimation, Notfallrucksack, Notfallsectio, ZNA Statut, Schockraummanagement) AGA Patientensicherheit (Patientenidentifikationsarmband)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	Standards zur perioperativen Schmerztherapie, zur Spinalanästhesie, zur multimodalen Schmerztherapie, Empfehlungen zum Wundschmerz, Angaben zum Schmerzmanagement in jedem Fachspezifischen Standard, Schmerzkonzept ZNA
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	Assessments zum Sturzrisiko, Standards zur Sturzprophylaxe
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege wird umgesetzt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	Jede Fixierung ist für den Menschen ein schwer wiegender Eingriff in seine Würde, der Einsatz von Schutzmaßnahmen ist immer eine Beschränkung der im Grundgesetz garantierten Freiheitsrechte des Patienten. Fixierungen erfolgen im AGPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL nach den geltenden gesetzlichen Regelungen und Anordnung des/der behandelnden Ärztin/Arztes abgestimmt im Behandlungsteam. Die Verfahrensanweisung Fixieren von Patienten und das Merkblatt zu freiheitsentziehenden Maßnahmen regeln die Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzung und der Vermeidung von Fehlern.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	AGA Meldung besonderer Vorkommnisse Medizinprodukte 26.07.2021 AGA AMTECH Anweisung für Anwender 26.07.2021 Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen und sonstigen Mängeln mit Medizinprodukten ist in den AGA Richtlinien und eigenen Verfahrensanweisungen zu den medizinischen Geräten geregelt. Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen und sonstigen Mängeln mit Medizinprodukten ist geregelt. In den Abteilungen sind Medizinproduktebeauftragte aus dem ärztlichen oder pflegerischen Dienst benannt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Qualitätszirkel 	<p>In unserer Einrichtung finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen statt. Hier arbeiten Fachleute aus unterschiedlichen Fachabteilungen zusammen, um Krankheitsgeschichten und Befunde zu besprechen. Ziel ist ein konstruktiver und kritischer Austausch zur eigenen Vorgehensweise. Zusätzlich finden Fallbesprechungen im Gefäßmedizinischen Arbeitskreis und im Kardiologischen Kolloquium statt. Die Root Cause Analysis erfolgt bei besonderen Fällen.</p>
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		<p>Wir setzten standardisierte Aufklärungsbögen ein, um unsere Patient:innen in die Lage zu versetzen Ihre medizinische Situation soweit zu verstehen, damit Sie eine fundierte Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich mitentscheiden können. Die Aufklärungsbögen sind von medizinischen Fachgesellschaften und Juristen freigegeben.</p>
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		<p>Durch eine systematische OP-Vorbereitung und festgelegte Kontrollpunkte während des ganzen Behandlungsprozesses (AGA Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen 19.06.20), wird ein reibungsloser Ablauf sichergestellt. Hierfür kommen standardisierte OP-Checklisten (AGA RISK-List 10.10.2018) zum Einsatz.</p>
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	<p>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021</p>	<p>Hierfür kommen standardisierte OP-Checklisten (AGA RISK-List 10/2018) zum Einsatz.</p>

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	z. B. AGA Patientenrechtegesetz Hierfür kommen standardisierte OP-Checklisten (AGA RISK-List 10/2018) zum Einsatz.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: AGA Patientensicherheit, AGA Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen in Zusammenhang mit Anwendung der standardisierten OP-Checkliste (AGA RISK-List). Datum: 31.03.2019	AGA Patientensicherheit 09.06.2021 AGA Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslungen in Zusammenhang 19.06.2020 mit Anwendung der standardisierten OP-Checkliste (AGA RISK-List 10/2018). Das Identifikationsarmband (AGA Patienten-Identifikationsarmband Umgang 11.03.2020) dient dazu, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen. Dies orientiert sich an der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebenen Handlungsempfehlung.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Datum: 15.03.2021	Standard Überleitung/Entlassungsmanagement. Ziel ist die Sicherstellung der bestmöglichen Weiterversorgung des Patienten unter Berücksichtigung seiner bio-psychozialen Gesamtsituation. z. B. AGA Fallbegleitete Kodierung / Casemanagement 02/2017

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

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

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem

Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	externe Beratung
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	5	für die Bereiche: Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin und Geriatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Unfall- und Gelenkchirurgie, Allg. Chirurgie, Geriatrie
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	2	
Hygienebeauftragte in der Pflege	14	In allen Bereichen sind hygienebeauftragte Mitarbeiter:innen eingesetzt.

Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet Ja

Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andreas Fiehn, MBA,
Telefon	0561/1002-1201
Fax	0561/1002-1205
E-Mail	andreas.fiehn@agaplesion.de

A-12.3.2 *Weitere Informationen zur Hygiene*

A-12.3.2.1 **Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
Der Standard liegt vor	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle	Ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	Ja
d) Weitere Hygienemaßnahmen	
- sterile Handschuhe	Ja
- steriler Kittel	Ja
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert	Ja
2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 **Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	
Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
3. Antibiotikaphylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Durch die zu Beginn der Coronapandemie herrschenden Lieferengpässe der Hersteller, Einkauf beim AGAPLESION LOGISTIK ZENTRUM über eine Sammelkostenstelle für die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL und die Verwendung der HDM Spenden anderer Hersteller bzw. HMSI Zuweisungen ist eine Zuordnung zu den Bereichen und damit korrekte Berechnung des Verbrauches nicht vollständig möglich. Beim NRZ wurde unter dem Punkt „Verwaltung“ die Möglichkeit der Hand-KISS Erfassung 2020 unter Pandemiebedingungen installiert. Diese wurde von den AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL genutzt, um die Erfassung auch ohne korrekte Verbrauchszahlen sicherzustellen. Daher haben wir im Qualitätsbericht 2020 auf den Mittelwert der erhobenen Vorjahre zurückgegriffen.

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	28,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	146,00 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja Das Lob- und Beschwerdemanagement, unser sogenanntes Meinungsmanagement (AGA 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)	Ja Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (AGA Meinungsmanagement) vor. Dort ist u. a. geregelt, dass innerhalb von fünf Tagen eine Rückmeldung an den/die Meinungsgeber:in erfolgen sollte (falls bekannt) und wie der weitere Prozess intern geregelt ist.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja Anregungen, Kritik oder Lob können Patient:innen und Angehörige, Besucher:innen und Kooperationspartner:innen gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber allen Mitarbeitenden äußern. Unser Team wird versuchen individuelle Wünsche zu realisieren. Auch unsere Mitarbeiter:innen der Koordinationsstelle Meinungsmanagement nehmen Meinungen gerne entgegen. Die Kontaktdaten des Ansprechpartners sind zudem veröffentlicht, so dass eine Meinung auch telefonisch mitgeteilt werden kann.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja Für unsere Patient:innen, Angehörige, Besucher:innen und Mitarbeiter:innen sind an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Sofern von den Patient:innen, Angehörige und Besucher:innen gewünscht, können Mitarbeiter:innen helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja Die Rückmeldung an den/die Meinungsführer:in liegt innerhalb einer festgelegten Frist (optimal innerhalb von 5 Tagen), sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt. Bei längerer Bearbeitungszeit erhalten die Meinungsgeber:innen einen Zwischenbericht.

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt	Ja
Link	https://www.diako-kassel.de/ueber-uns/qualitaet/qualitaetsmanagement
Kommentar	Um die Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzt:innen und dem Krankenhaus zu messen, finden regelhaft Befragungen statt. Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzt:innen mit unserem Krankenhaus ist ein guter Indikator für die Qualität unserer Leistungen.

Regelmäßige Patientenbefragungen

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

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	https://www.diako-kassel.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsmanagement
Kommentar	Wir haben für Patient:innen, Besucher:innen und Mitarbeiter:innen und Angehörige, Meinungsbögen "Ihre Meinung ist uns wichtig" ausgelegt. Anonyme Beschwerden können in die hierfür vorgesehenen Briefkästen an den Eingängen im Erdgeschoss eingeworfen oder per Post an unsere Koordinationsstelle Meinungsmanagement gesendet werden. Unsere Homepage bietet sich als weitere Möglichkeit für die anonyme Abgabe einer Meinung an.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Koordinationsstelle Meinungsmanagement
Titel, Vorname, Name	Kristin Herbort
Telefon	0561/1002-3480
Fax	0561/1002-3485
E-Mail	meinungen.dkk@agaplesion.de

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	ab den 01.09.2021 Koordinationsstelle Meinungsmanagement
Titel, Vorname, Name	Jasmina Walz
Telefon	0561/1002-3480
Fax	0561/1002-3485
E-Mail	meinungen.dkk@agaplesion.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht

Kommentar

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

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

A-12.5.2 *Verantwortliche Person*

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

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit
Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andreas Fiehn MBA
Telefon	0561/1002-1201
Fax	0561/1002-1205
E-Mail	andreas.fiehn@agaplesion.de

A-12.5.3 *Pharmazeutisches Personal*

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

Erläuterungen
Kooperation mit der Apotheke der Gesundheit Nordhessen Holding AG

A-12.5.4 *Instrumente und Maßnahmen*

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

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:
Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese -Verordnung -Patienteninformation – Arzneimittelabgabe - Arzneimittelanwendung
- Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden. Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		Digitale Datenerfassung in KIS vorhanden
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassungsbriefes - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassungsrezepten 	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		KIS mit elektronischer Verordnung durch den behandelnden Arzt vorhanden
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		Medikamentengabe -dokumentation in KIS

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, Antibiotic Stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) 	<ul style="list-style-type: none"> -Vier Augenprinzip beim Zusammenstellen der Medikation auf der Station -Verabreichung von Arzneimitteln erfolgt nach der 6R-Regel -Verwendung von Software zur Unterstützung der Arzneimitteltherapie -sicherheit -Regelmäßiger Austausch zwischen Apotheke und Personal -Strukturiertes Entlassmanagement
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		Digitaler Zugang z.B. Rote Liste, Gelbe Liste
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		Patienteninformation für chron. Erkrankungen sind vorhanden
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Name: KP 2.09 Arzneimittel Letzte Aktualisierung: 01.01.2016	AGA Rezeptausstellung AGA Richten von Medikamenten
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	Kooperation mit Apotheke GNH
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Letzte Aktualisierung: 15.03.2021	Richtlinie AGA Richten von Medikamenten

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: AGA Management- und Risikobewertung Richtlinie Letzte Aktualisierung: 15.03.2021	
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		durch die Mitarbeiter:innen der Kooperationsapotheke erfolgt die Schulung
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)	Pharmindex Plus kann zur Verordnungsunterstützung bei der Rezeptaussstellung im KISS (Orbis) aufgerufen werden Es erfolgt keine automatische Fehlerkontrolle zwischen den Schnittstellen.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	Bezüglich des Arbeitsplatzes "interventionelle Radiologie" wurde die Abteilung mit der neuesten Gerätegeneration der Angiographie und interventionellen Radiologie ausgestattet. Es steht ein Artis-DTA-Gerät mit moderner Detektoren-Technik und ein Artis - MP-Gerät zur Verfügung.
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	Eine EEG Überwachung wird auch für die Narkose und auf der Intensivstation angeboten.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	Dies ist auch im Rahmen des intraoperativen Monitorings möglich.
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	Alle modernen Methoden des Nierenersatzes inklusive der Citratdialyse stehen 24h/365 Tage auf der Intensivstation zur Verfügung.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Nein	in Kooperation mit einer niedergelassenen Radiologischen Praxis am Standort Diakonissen-Krankenhaus von 06:00 – 21:00 Uhr.
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Fachbereich Gynäkologie
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Die Beatmungstherapie ist sowohl mit nichtinvasiven Methoden (NIV) als auch mit allen modernen invasiven Methoden möglich
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Zur Behandlung von Lebermetastasen etc.
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	In ausgewählten Fällen steht eine ECMO (Extrakorporale Membran Oxygenation) zur Verfügung
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Zertifizierte Chest Pain Unit (CPU) gemäß Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

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

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nr. Module der Speziellen Notfallversorgung

SN06 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

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

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie
Fachabteilungsschlüssel	0700 0107
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt Gastroenterologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Hubert Sostmann
Telefon	0561/1002-1650
Fax	0561/1002-1655
E-Mail	sekretariat.gastroenterologie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja



Abbildung 2: Herr Dr. med. Sostmann,, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, Peutz-Jeghers-Syndrom, familiärer Polyposis, HNPCC; Magentumoren, Dickdarntumoren, Abtragung großer oder schwierig zugänglicher Polypen im Magen oder Darm, infektiöse Darmerkrankungen, Anlage und Entfernung von PEG's
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Ultraschallgesteuerte Punktion der Leber/Bauchspeicheldrüse, Kontrastmittelverstärkter Ultraschall, ERCP(Darstellung der Gallen- u. Bauchspeicheldrüsengänge), Entfernung v. Gallengangssteinen, Einlage v. Prothesen in Gallen- u. Bauchspeicheldrüsengang, endoskopische Punktion, Drainage v. Pankreaszysten
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	z. B. Diagnostik und Therapie von Magenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Dickdarmkrebs

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1909
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar	Umbuchung Praxis Falk, Krause Kuhn

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	R10	130	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
2	A09	123	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
3	D12	113	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Anus
4	K59	93	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
5	K80	75	Gallensteinleiden
6	K29	74	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
7	K57	70	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
8	K92	55	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes
9	K22	51	Sonstige Krankheit der Speiseröhre
10	K21	48	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft
11	D50	45	Blutarmut durch Eisenmangel
12	K55	45	Krankheit der Blutgefäße des Darms
13	K31	41	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
14	K83	39	Sonstige Krankheit der Gallenwege
15	K74	35	Vermehrte Bildung von Bindegewebe in der Leber (Leberfibrose) bzw. Schrumpfleber (Leberzirrhose)

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Trifft nicht zu.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	1298	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-650	1048	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
3	9-984	656	Pflegebedürftigkeit
4	1-440	548	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
5	5-469	526	Sonstige Operation am Darm
6	5-452	479	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
7	1-444	377	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	5-513	361	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
9	8-800	201	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
10	3-030	184	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen
11	8-98g	174	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
12	3-055	154	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre
13	1-640	138	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
14	1-694	111	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
15	5-429	100	Sonstige Operation an der Speiseröhre

B-1.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

Trifft nicht zu.

B-1.8 *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

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

Gastroskopie, Coloskopie, H2 Atemtest, Ultraschall

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

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	383	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	1-444	149	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
3	5-452	140	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
4	1-694	< 4	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,24

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,12	
Ambulant	1,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,24	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 311,9281
Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,88	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 662,84722

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	Dr. Sostmann, Dr. Laroche, Dr. Greger. Gemeinsam haben die Chefärzte der Inneren Fachabteilungen die volle Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin (5 Jahre).
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	Dr. Sostmann, Dr. Laroche. Ermächtigung zur vollen Weiterbildung im Schwerpunkt Gastroenterologie (drei Jahre).



Abbildung 3: Herr Dr. med. Höpfner bei einer Ultraschall-Untersuchung einer Patientin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Dr. Sostmann, Dr. Greger
ZF07	Diabetologie	Dr. Sostmann
ZF14	Infektiologie	Dr. Sostmann, Dr. Laroche
ZF28	Notfallmedizin	Dr. Sostmann, Dr. Laroche, Dr. Greger
ZF30	Palliativmedizin	Dr. Laroche, Dr. Greger
ZF34	Proktologie	Dr. Sostmann, Dr. Laroche
ZF15	Intensivmedizin	Dr. Greger

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 44,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	43,7	
Ambulant	0,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,43	
Nicht Direkt	25,7	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 43,68421

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,89	
Nicht Direkt	0,89	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1072,47191

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,12	
Ambulant	0,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,03	
Nicht Direkt	1,52	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 900,4717



Abbildung 4: Herr Dr. med. Höpfner in der Endoskopie mit Röntgen-Schutzkleidung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	weitergebildete Mitarbeiter:innen sind benannt
PQ20	Praxisanleitung	Qualifizierte Praxisanleiter:innen sind vorhanden
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Eine entsprechende Einheit mit qualifiziertem Personal steht zur Verfügung.
PQ07	Pflege in der Onkologie	Qualifiziertes Personal steht über Konsildienste zur Verfügung.
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Ausgebildetes Fachpersonal steht 24 Std. zur Verfügung.
PQ13	Hygienefachkraft	qualifizierte Mitarbeiter:innen sind vorhanden
PQ22	Intermediate Care Pflege	entsprechende Abteilung mit qualifiziertem Fachpersonal steht zur Verfügung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem/jeder Patient:in wird anhand eines Dekubitusassessment das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten
ZP05	Entlassungsmanagement	Die definierten und schriftlich festgelegten Abläufe erfüllen die gesetzl. Vorgaben.
ZP06	Ernährungsmanagement	Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP09	Kontinenzmanagement	Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patient:innen und Angehörigen zur Verfügung.
ZP14	Schmerzmanagement	In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurses tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patient:innen anhand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patient:innen und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP16	Wundmanagement	In allen Fachabteilungen sind ausgebildete Wundmanager:innen (Wundexperte ICW) vorhanden.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Die beiden Leitungen der Endoskopie verfügen über die Fachweiterbildung. Zusätzlich haben alle Mitarbeiter:innen der Abteilung die Fortbildung zur Sedierung und Überwachung von sedierten Patient:innen gemäß S3-Leitlinie der AWMF absolviert.
ZP08	Kinästhetik	Ausgebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung.

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Angiologie

B-2.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Angiologie
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin Klinik Innere Medizin u. Angiologie
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Emilia Stegemann
Telefon	0561/1002-1610
Fax	0561/1002-1505
E-Mail	sekretariat.angiologie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja



Abbildung 5: Frau PD Dr. med. Stegemann beim Aufklärungsgespräch mit einer Patientin

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI20	Intensivmedizin	interdisziplinär, beteiligte Fachabteilungen: Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin/Angiologie, Innere Medizin/Kardiologie, Innere Medizin/Gastroenterologie, Gefäßchirurgie, Allgemeinchirurgie, Gynäkologie. Kardiologische Intensivstation mit Überwachungs- und Beatmungsmöglichkeit.
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI27	Spezialsprechstunde	Sprechstunde für Gefäßerkrankungen
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	z.B. eitrige Cholangitis, systemische Wundinfektionen und Pneumonien
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	z.B. Autoimmunhepatitis, Vaskulitis und Autoimmunerkrankungen (Gefäßmedizin)
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Beratung bei und Abklärung von Gerinnungsstörungen, die Thrombosen begünstigen
VI38	Palliativmedizin	z. B. Dilatation oder Bougierung (Erweiterung) von Engstellen sowie Stenteinlagen in Speiseröhre, Magen, Duodenum, Gallengang, Dickdarm. Anlage von PEG´s und JET-PEG´s als Ernährungs- oder Ablaufsonde. Lokale Tumorverkleinerung mit dem Argon-Plasma-Beamer APC.
VI40	Schmerztherapie	In Kooperation mit den Schmerztherapeuten.
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	MRT Sellink bei z.B. M. Crohn oder unklaren Dünndarmerkrankungen vor einer Enteroskopie.
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	MRCP bei unklaren Veränderungen der Gallen- oder Pankreasgänge vor einer ERCP.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR02	Native Sonographie	Durchführung in den internistischen Leistungen, incl. Punktionen.
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Durchführung in den internistischen Abteilungen.
VR04	Duplexsonographie	häufig erster diagnostischer Schritt, jederzeit verfügbar. Durchführung in den internistischen Abteilungen.
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	Nachsorge von endovaskulären Aortenprothesen
VR00	modernste Technik mit digitalem Befund- und Bildarchiv	

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1650
Teilstationäre Fallzahl	0



Abbildung 6: Das Team der Allgemeinen Inneren Medizin und Angiologie
 von links: Frau Dr. med. Haider, Frau PD Dr. med. Stegemann und Frau Chomcova

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	125	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
2	A46	104	Wundrose - Erysipel
3	E11	104	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
4	J18	102	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
5	E86	88	Flüssigkeitsmangel
6	J44	76	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenerkrankung mit Verengung der Atemwege - COPD
7	I26	69	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie
8	N39	66	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
9	J12	60	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
10	N17	58	Akutes Nierenversagen
11	I80	43	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung
12	F10	42	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
13	A41	39	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)
14	I87	37	Sonstige Venenkrankheit
15	J20	35	Akute Bronchitis

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Trifft nicht zu.

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	1005	Pflegebedürftigkeit
2	8-930	201	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
3	8-98g	201	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
4	9-401	176	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
5	8-713	63	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen
6	9-200	50	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	8-831	48	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
8	8-191	47	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten
9	1-632	43	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
10	8-800	34	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
11	8-701	19	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation
12	8-706	18	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung
13	8-836	18	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
14	8-987	18	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
15	8-98f	18	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

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

Trifft nicht zu.

B-2.8 *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

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

Ambulanz PD Dr. Stegemann, Dr. Haider

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

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,56	
Ambulant	0,79	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 218,25397

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,8	
Ambulant	0,3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 343,75

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	Gemeinsam haben die inneren Fachabteilungen die volle Weiterbildungsermächtigung für die Innere Medizin (5 Jahre).
AQ24	Innere Medizin und Angiologie	Ermächtigung zur vollen Weiterbildung im Schwerpunkt Angiologie über den Zeitraum von drei Jahren.
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	Fr. PD Dr. Stegemann hat die Schwerpunktbezeichnung Kardiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF07	Diabetologie	Fr. Dr. Haider hat die Zusatzbezeichnung Diabetologie
ZF28	Notfallmedizin	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Fr. Dr. Haider, Fr. PD Dr. Stegemann. Zusätzlich Fachkunde Interventionsradiologie (Dr. Stegemann)
ZF15	Intensivmedizin	Fr. Dr. Haider besetzt die Zusatzbezeichnung der internistischen Intensivmedizin.

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 55,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	53,01	
Ambulant	2,6	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,67	
Nicht Direkt	31,94	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 31,1262

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,08	
Ambulant	0,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,17	
Nicht Direkt	1,17	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 793,26923

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,71	
Ambulant	0,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,27	
Nicht Direkt	1,87	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 608,85609

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten
ZP05	Entlassungsmanagement	Die definierten und schriftlich festgelegten Abläufe erfüllen die gesetzl. Vorgaben.
ZP06	Ernährungsmanagement	Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet.
ZP09	Kontinenzmanagement	Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patient:innen und Angehörigen zur Verfügung.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP14	Schmerzmanagement	In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurses tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patient:innen anhand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP16	Wundmanagement	In allen Fachabteilungen sind ausgebildete Wundmanager (Wundexperte ICW) vorhanden.
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem/jeder Patient:in wird anhand eines Dekubitusassessment das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP19	Sturzmanagement	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-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Klinik für Innere Medizin - Kardiologie und Rhythmologie

B-3.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin - Kardiologie und Rhythmologie
Fachabteilungsschlüssel	0300
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt Klinik für Kardiologie u. Rhythmologie
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Ole-Alexander Breithardt
Telefon	0561/1002-1110
Fax	0561/1002-1105
E-Mail	sekretariat.kardiologie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de



Abbildung 7: Herr PD Dr. med. Breithardt im Gespräch mit einer Patientin

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA), Stentimplantation, Akut-PCI bei Infarkt Echokardiographie, Stress - Echokardiographie
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Rechtsherzkatheter, Einschwemmkatheter, Spirometrie
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Herzklappenfehler, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Schrittmacherbehandlung, Kardiomyopathien, ICD-/CRT-Implantation.
VI20	Intensivmedizin	interdisziplinär, beteiligte Fachabteilungen: Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin (Angiologie, Kardiologie, Gastroenterologie), Gefäßchirurgie, Allgemeinchirurgie, Unfall- und Gelenkchirurgie, Gynäkologie. Kardiologische Intensivstation mit Überwachungs- und Beatmungsmöglichkeit.
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI27	Spezialsprechstunde	Sprechstunde für Schrittmacher- und AICD- (implantierbare Defibrillatoren) Kontrollen für Privatpatienten
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Beratung bei und Abklärung von Gerinnungsstörungen, die Thrombosen begünstigen
VI34	Elektrophysiologie	Intrakardiales EKG, Überstimulation, Kardioversion, Elektrophysiologische Untersuchung, Ablation von supraventrikulären und ventrikulären Rhythmusstörungen und Pulmonalvenenisolation.
VI40	Schmerztherapie	In Kooperation mit den Schmerztherapeuten.
VR02	Native Sonographie	Durchführung in den internistischen Leistungen, incl. Punktionen.
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Durchführung in den internistischen Abteilungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR04	Duplexsonographie	häufig erster diagnostischer Schritt, jederzeit verfügbar Durchführung in den internistischen Abteilungen"
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1867
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	348	Herzschwäche
2	I48	286	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
3	I10	280	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
4	I21	142	Akuter Herzinfarkt
5	R07	131	Hals- bzw. Brustschmerzen
6	I20	108	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
7	R55	86	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
8	I11	41	Bluthochdruck mit Herzkrankheit

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	I49	37	Sonstige Herzrhythmusstörung
10	R00	37	Störung des Herzschlages
11	I44	34	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock
12	I47	31	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
13	I25	29	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
14	Z45	25	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes
15	R06	20	Atemstörung

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

Trifft nicht zu.

B-3.7 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

B-3.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	603	Pflegebedürftigkeit
2	8-930	508	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
3	1-275	415	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
4	8-837	337	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße
5	1-266	227	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
6	8-83b	222	Zusatzinformationen zu Materialien
7	8-640	169	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation
8	3-052	135	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
9	9-401	121	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
10	1-632	95	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
11	5-377	87	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)
12	5-934	64	Verwendung eines Herzschrittmachers, der in einem Kernspintomographiegerät verwendet werden kann

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	8-835	36	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen
14	1-440	34	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
15	5-378	34	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators

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

Trifft nicht zu.

B-3.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Sprechstunde für Privatpatienten in der Kardiologie	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Defibrillatoreingriffe (VC06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen (VK01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
Angebotene Leistung	Elektrophysiologie (VI34)
Angebotene Leistung	Schrittmachereingriffe (VC05)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)
Ambulanz PD Dr. Breithardt für Privatpatienten	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Defibrillatoreingriffe (VC06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Schrittmachereingriffe (VC05)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-378	15	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators
2	1-275	8	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
3	5-377	< 4	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

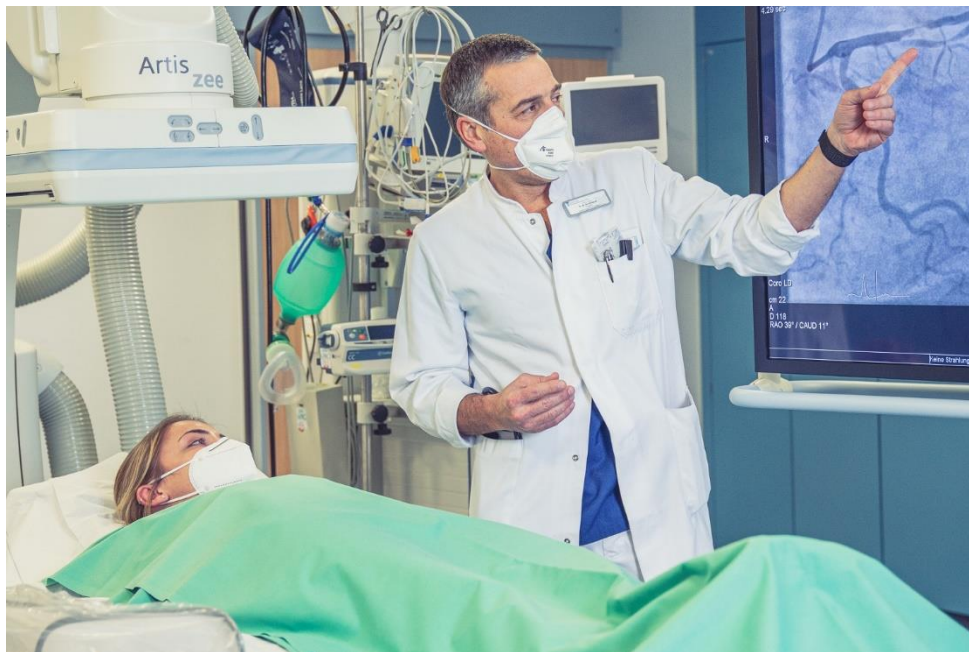


Abbildung 8: Herr PD Dr. med. Breithardt bei der Befundbesprechung mit einer Patientin nach einer Herzkatheteruntersuchung

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,43	
Ambulant	0,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,58	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 251,2786

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,11	
Ambulant	0,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 454,25791

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	Gemeinsam haben die inneren Fachabteilungen die volle Weiterbildungsermächtigung für die Innere Medizin (5 Jahre).
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	Ermächtigung zur vollen Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie über den Zeitraum von 3 Jahren

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF15	Intensivmedizin	PD Dr. Breithardt besitzt die Zusatzbezeichnung der internistischen Intensivmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 52,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	52,02	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,49	
Nicht Direkt	29,78	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 35,89004

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,53	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,89	
Nicht Direkt	0,89	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1220,26144

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,03	
Ambulant	0,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,99	
Nicht Direkt	1,47	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 919,70443

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ20	Praxisanleitung	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Patient:innen werden von Fachpersonal in entsprechender Einheit für Intensivmedizin betreut
PQ13	Hygienefachkraft	entsprechend qualifiziertes Personal steht zur Verfügung
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	entsprechend qualifiziertes Personal steht zur Verfügung
PQ22	Intermediate Care Pflege	eine entsprechende Einheit mit qualifiziertem Personal steht zur Verfügung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten
ZP05	Entlassungsmanagement	Die definierten und schriftlich festgelegten Abläufe erfüllen die gesetzl. Vorgaben.
ZP06	Ernährungsmanagement	Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet.
ZP09	Kontinenzmanagement	Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patient:innen und Angehörigen zur Verfügung.
ZP14	Schmerzmanagement	In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurses tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patient:innen anhand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP16	Wundmanagement	In allen Fachabteilungen sind ausgebildete Wundmanager:innen (Wundexperte ICW) vorhanden.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem/jeder Patient:in wird anhand eines Dekubitusassessment das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskaala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patient:innen und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Mitarbeiter:innen verfügen über entsprechende Fortbildung in der Sedierung.
ZP08	Kinästhetik	entsprechend qualifiziertes Personal steht zur Verfügung

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

Psychiatrische Fachabteilung: Nein



Abbildung 9: Herr PD Dr. med. Breithardt bei der Untersuchung am Überwachungsmonitor des Herzkatheter-Messplatzes

B-4 Klinik für Innere Medizin – Akutgeriatrie und Frührehabilitation

B-4.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin – Akutgeriatrie und Frührehabilitation
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie und Frührehabilitation mit Geriatrischer Tagesklinik
Titel, Vorname, Name	Dr. med., M.Sc. Christoph Bobrowski
Telefon	0561/1002-1015
Fax	0561/1002-1005
E-Mail	sekretariat.geriatrie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de



Abbildung 10: Herr Dr. med. Bobrowski,
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin –
Akutgeriatrie und Frührehabilitation

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie, Herzkatheter. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie, Ergometertraining. Gefäßerweiterungen (PTCA mit und ohne Stent) in der kardiologischen Abteilung unseres Hauses.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Transthorakale und transoesophageale Echokardiographie, EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG. Medikamentöse Therapie, Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Periphere Dopplersonographie, Angiographie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, physikalische Therapie. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. PTA mit und ohne Stent, Auflösung von Blutgerinnseln über Gefäßkatheter und Gefäßoperationen im Gefäßmedizinischen Zentrum des Hauses.
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Venen-Kompressions-Duplexsono, Phlebographie. Medikamentöse Therapie von Thrombosen und Venenentzündungen. Physiotherapie und physikalische Therapie Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung.
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kraniales CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnversorgenden Gefäße. Laboruntersuchungen. Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Geriatisches Basisassessment. Geriatische Komplexbehandlung. Langzeitblutdruckmessung, Echokardiographie, Röntgen, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, physikalische Therapie, Ernährungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	Sonographie einschl. Duplexsonographie der Nierengefäße, Angiographie, CT, MRT. Hämodialyse über assoziierte Dialysepraxis.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	U. a. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Vitaminmangelzustände und Malnutrition. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Ultraschall- und Laboruntersuchungen. Medikamentöse Behandlung. Behebung von Mangelzuständen.
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Sono, Röntgen, CT, Labor, in Kooperation mit der Abteilung Gastroenterologie, endoskopische Untersuchungen. Medikamentöse Therapie, endoskopische Eingriffe (Abteilung für Gastroenterologie), operative Eingriffe (Abteilung für Chirurgie). Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Sonographie, Röntgen, CT, Laboruntersuchungen, in Kooperation mit der Abteilung für Gastroenterologie endoskopische Untersuchungen. Medikamentöse Therapie, endoskopische Eingriffe (Abteilung für Gastroenterologie), operative Eingriffe (Abteilung für Chirurgie).
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Sonographie, CT.
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Labor, Sonographie, CT. Medikamentöse Therapie, ggf. operative Behandlung in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses.
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, Spirometrie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie (insbes. Atemgymnastik), physikalische Therapie (insbesondere Vibrax-Klopfmassage und Inhalationen), Ergotherapie.
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Sonographie, Röntgen, CT. Medikamentöse Therapie, diagnostische und therapeutische Punktionen, Physiotherapie, physikalische Therapie. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	Labor, Röntgen. Medikation, Physiotherapie, physikalische Therapie.
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Geriatrische Frührehabilitation unterschiedlicher onkologischer Erkrankungen.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Antimikrobielle Chemotherapie.
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	Im Rahmen der Behandlung geriatrisch-gerontopsychiatrischer Patienten (geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung, psychologische und psychosoziale Interventionen).
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie. Medikamentöse Therapie. Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie in der kardiologischen Abteilung unseres Krankenhauses.
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	In Kooperation mit einem assoziierten ambulanten Schlaflabor, Screening auf der Station.
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie.
VI38	Palliativmedizin	Im Rahmen der geriatrischen Behandlung: palliativmedizinisches Assessment, medikamentöse und nicht-medikamentöse (Physiotherapie, physikalische Therapie) Schmerztherapie, psychologische und seelsorgerische Betreuung.
VI39	Physikalische Therapie	Im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung und als begleitende Rehabilitation auf den internistischen, chirurgischen und gynäkologischen Stationen (u. a. Massage, Manuelle Lymphdrainage, Wärme- und Kältetherapie, Elektrotherapie, Ultraschalltherapie, Inhalationen).
VI40	Schmerztherapie	Medikamentöse und nicht-medikamentöse (Physiotherapie, physikalische Therapie) Schmerztherapie. Spezielle Schmerztherapie in Kooperation mit einer Schmerzpraxis an unserem Krankenhaus.
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	In Kooperation mit der gastroenterologischen Abteilung der AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN kann eine umfassende Diagnostik von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vorgenommen werden. Endoskopien, Funktionsuntersuchungen, CT und MRT-Untersuchungen.
VI44	Geriatrische Tagesklinik	Geriatrische Tagesklinik siehe Standort Diakonissen-Krankenhaus.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kranielles CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnversorgenden Gefäße. Labor, Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergo. PTA Gefäßoperationen im Gefäß-Zentrum.
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Im Zentrum für Altersmedizin in den Diakonie Kliniken findet die stationäre und ambulante gerontopsychiatrische Betreuung, sowie geriatrische Komplexbehandlung voll- und teilstationär statt.

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	688
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	162	Knochenbruch des Oberschenkels
2	S32	51	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
3	R26	34	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
4	I50	29	Herzschwäche
5	S42	26	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
6	I63	20	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
7	J18	14	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
8	S22	14	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
9	I25	13	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
10	M17	12	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
11	E11	10	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
12	E86	10	Flüssigkeitsmangel

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	I70	10	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
14	M16	10	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
15	R29	10	Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen

B-4.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

Trifft nicht zu.

B-4.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

B-4.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	653	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	9-401	643	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
3	9-984	298	Pflegebedürftigkeit
4	9-200	97	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
5	1-632	30	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
6	8-800	26	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
7	1-771	22	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
8	8-98g	20	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
9	1-266	15	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
10	8-522	5	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie
11	8-152	4	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
12	8-831	4	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
13	8-900	4	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene
14	1-275	< 4	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
15	1-440	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung

B-4.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

Trifft nicht zu.

B-4.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

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

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-4.11 **Personelle Ausstattung**

B-4.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 125,09091

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,07	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,07	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 169,04177

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 57,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	54,09	
Ambulant	3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,66	
Nicht Direkt	37,43	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 12,71954

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 118,82556

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,16	
Nicht Direkt	2,16	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 159,25926

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,31	
Ambulant	0,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,91	
Nicht Direkt	2,83	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 159,62877

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ21	Casemanagement	Belegungssteuerung erfolgt über zentrales Belegungsmanagement in enger Abstimmung mit dem Sozialdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	Hygienebeauftragte Pflegekräfte sind vorhanden
PQ20	Praxisanleitung	3 Mitarbeiter:innen verfügen über eine entsprechende Weiterbildung
PQ07	Pflege in der Onkologie	Weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
PQ13	Hygienefachkraft	2 weitergebildete Hygienefachkräfte stehen zur Verfügung
PQ22	Intermediate Care Pflege	Bei Bedarf können die Patient:innen in dieser Einheit von qualifiziertem Personal versorgt werden.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP16	Wundmanagement	zwei Mitarbeiter:innen besitzen diese Fachexpertise
ZP01	Basale Stimulation	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP02	Bobath	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP05	Entlassungsmanagement	Die definierten und schriftlich festgelegten Abläufe erfüllen die gesetzl. Vorgaben.
ZP06	Ernährungsmanagement	Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet.
ZP07	Geriatric	Weiterbildungen Zercur Basiskurs und WB Geriatric sind vorhanden
ZP08	Kinästhetik	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem:jeder Patient:in wird anhand eines Dekubitusassessment das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patient:innen und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP09	Kontinenzmanagement	Weitergebildete Mitarbeitender:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-5 Geriatrische Tagesklinik

B-5.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung Geriatrische Tagesklinik

Fachabteilungsschlüssel 0200

Art Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie und Frührehabilitation mit Geriatrischer Tagesklinik

Titel, Vorname, Name Dr. med., M.Sc. Christoph Bobrowski

Telefon 0561/1002-1015

Fax 0561/1002-1005

E-Mail sekretariat.geriatrie.dkk@agaplesion.de

Straße/Nr Herkulesstraße 34

PLZ/Ort 34119 Kassel

Homepage <https://www.diako-kassel.de>

Direkte Ansprechpartnerin:

Michaela Weber
Bettenmanagement/Casemanagement

Tagesklinik Geriatrie
Informationen und Terminvereinbarungen unter:
T (0561) 1002 - 1836
F (0561) 1002 - 1825

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie, Herzkatheter. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie, Ergometertraining. Gefäßweiterungen (PTCA mit und ohne Stent) in der kardiologischen Abteilung unseres Hauses.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Transthorakale und transoesophageale Echokardiographie, EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG. Medikamentöse Therapie, Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Periphere Dopplersonographie, Angiographie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, physikalische Therapie. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. PTA mit und ohne Stent, Auflösung von Blutgerinnseln über Gefäßkatheter und Gefäßoperationen im Gefäßmedizinischen Zentrum des Hauses.
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Venen-Kompressions-Duplexsono, Phlebographie. Medikamentöse Therapie von Thrombosen und Venenentzündungen. Physiotherapie und physikalische Therapie Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kranielles CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnversorgenden Gefäße. Laboruntersuchungen. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Langzeitblutdruckmessung, Echokardiographie, Röntgen, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, physikalische Therapie, Ernährungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie.
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	Sonographie einschl. Duplexsonographie der Nierengefäße, Angiographie, CT, MRT. Hämodialyse über assoziierte Dialysepraxis.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	U. a. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Vitaminmangelzustände und Malnutrition. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Ultraschall- und Laboruntersuchungen. Medikamentöse Behandlung. Behebung von Mangelzuständen.
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Sono, Röntgen, CT, Labor, in Kooperation mit der Gastroenterologie, endoskopische Untersuchungen. Medikamentöse Therapie, endoskopische Eingriffe (Abteilung für Gastroenterologie), operative Eingriffe (Abteilung für Chirurgie). Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Sonographie, Röntgen, CT, Laboruntersuchungen, in Kooperation mit der Abteilung für Gastroenterologie endoskopische Untersuchungen. Medikamentöse Therapie, endoskopische Eingriffe (Abteilung für Gastroenterologie), operative Eingriffe (Abteilung für Chirurgie).
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Sonographie, CT.
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Labor, Sonographie, CT. Medikamentöse Therapie, ggf. operative Behandlung in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses.
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, Spirometrie. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie (insbes. Atemgymnastik), physikalische Therapie (insbesondere Vibrax-Klopfmassage und Inhalationen), Ergotherapie.
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Sonographie, Röntgen, CT. Medikamentöse Therapie, diagnostische und therapeutische Punktionen, Physiotherapie, physikalische Therapie. Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	Labor, Röntgen. Medikation, Physiotherapie, physikalische Therapie.
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Geriatrische Frührehabilitation unterschiedlicher onkologischer Erkrankungen.
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Im Rahmen der allgemein-internistischen Diagnostik. Antimikrobielle Chemotherapie.
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Geriatrisches Basisassessment. Geriatrische Komplexbehandlung.
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	Im Rahmen der Behandlung geriatrisch-gerontopsychiatrischer Patienten (geriatrisches Basisassessment, geriatrische Komplexbehandlung, psychologische und psychosoziale Interventionen).
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	EKG in Ruhe und unter Belastung, Langzeit-EKG, Echokardiographie. Medikamentöse Therapie. Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie in der kardiologischen Abteilung unseres Krankenhauses.
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	In Kooperation mit einem assoziierten ambulanten Schlaflabor, Screening auf der Station.
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie.
VI39	Physikalische Therapie	Im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung und als begleitende Rehabilitation auf den internistischen, chirurgischen und gynäkologischen Stationen (u. a. Massage, Manuelle Lymphdrainage, Wärme- und Kältetherapie, Elektrotherapie, Ultraschalltherapie, Inhalationen).

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VI40	Schmerztherapie	Medikamentöse und nicht-medikamentöse (Physiotherapie, physikalische Therapie) Schmerztherapie. Spezielle Schmerztherapie in Kooperation mit einer Schmerzpraxis an unserem Krankenhaus.
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Duplexsono der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien, kranielles CT und MRT einschl. Angio-MRT, DSA der hirnversorgenden Gefäße. Labor.Geriatisches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergo. PTA Gefäßoperationen im Gefäß-Zentrum.
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Geriatisches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Geriatisches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatisches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	Geriatisches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie.
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatisches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatisches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Röntgen, CT, MRT, Laboruntersuchungen. Geriatisches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung. Medikamentöse Therapie. Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie.
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Geriatisches Basisassessment. Geriatriische Komplexbehandlung.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Im Zentrum für Altersmedizin am Burgfeldkrankenhaus stationäre und ambulante gerontopsychiatrische Betreuung sowie geriatriische Komplexbehandlung voll- und teilstationär.

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	58

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98a	587	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt
2	9-401	41	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
3	9-984	36	Pflegebedürftigkeit
4	1-440	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
5	1-632	< 4	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
6	3-052	< 4	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Trifft nicht zu.

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	Die Ärzt:innen sind in der Fachabteilung Klinik für Innere Medizin -Akutgeriatrie und Frührehabilitation angegeben.

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF30	Palliativmedizin

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0,25	Die Mitarbeiter:innen die im ambulanten Bereich in der Fachabteilung Klinik für Innere Medizin - Akutgeriatrie und Frührehabilitation eingesetzt werden, sind auch in der Tagesklinik für Geriatrie tätig.

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ07	Pflege in der Onkologie	weitergebildete Pflegekräfte stehen über einen Konsildienst zur Verfügung
PQ13	Hygienefachkraft	weitergebildete Pflegekräfte stehen zur Verfügung
PQ22	Intermediate Care Pflege	entsprechende Abteilung mit Fachpersonal steht zur Verfügung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP02	Bobath	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem/jeder Patient:in wird anhand eines Dekubitusassessment das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP05	Entlassungsmanagement	Die definierten und schriftlich festgelegten Abläufe erfüllen die gesetzl. Vorgaben.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP06	Ernährungsmanagement	In der Geriatrie wird bei jeder Neuaufnahme der BMI bestimmt und ein Ernährungsprotokoll angelegt. Die Einnahme der Mahlzeiten wird überwacht.
ZP07	Geriatrie	Die Weiterbildung Zercur wird über die angegliederte Krankenpflegeschule (CBG) angeboten. Die Mitarbeiter:innen der Geriatrie nehmen verpflichtend daran teil.
ZP09	Kontinenzmanagement	Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patient:innen und Angehörigen zur Verfügung.
ZP14	Schmerzmanagement	In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurses tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patienten anhand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patient:innen und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP16	Wundmanagement	In allen Fachabteilungen sind ausgebildete Wundmanager:in (Wundexperte ICW) vorhanden.
ZP08	Kinästhetik	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	entsprechende Abteilung mit Fachpersonal steht zur Verfügung

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-6 Klinik für Gynäkologie mit dem Schwerpunkt Urogynäkologie

B-6.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Gynäkologie mit dem Schwerpunkt Urogynäkologie
Fachabteilungsschlüssel	2400
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	ab 01.05.2019 Chefarzt der Klinik für Gynäkologie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg
Telefon	0561/1002-1560
Fax	0561/1002-1555
E-Mail	sekretariat.gynaekologie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	ab 01.01.2021 Chefarzt Klinik für Gynäkologie mit dem Schwerpunkt Urologie
Titel, Vorname, Name	Samer Nameh
Telefon	0561/1002-1560
Fax	0561/1002-1555
E-Mail	sekretariat.gynaekologie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
-----------------------------------	----

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	z. B. paraurethrale Injektionen bei Inkontinenz.
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	Eingeschränkt, inklusive Stanzbiopsien, Chemotherapie bei Karzinomen, plastische Chirurgie
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG05	Endoskopische Operationen	z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie, auch aufwendige Eingriffe.
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	Schwerpunkt
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	
VG15	Spezialsprechstunde	Harninkontinenzzustände und Senkungen der Gebärmutter, der Blase und des Darmes.
VG16	Urogynäkologie	Deszensuschirurgie, Inkontinenzchirurgie.
VR47	Tumorembolisation	Zervixkarzinom, Endometriumkarzinom (in Verbindung mit der Radiologie).
VR02	Native Sonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR06	Endosonographie	Vaginalsonographie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Retroperitoneale laparoskopische Lymphadenektomie, laparoskopische radikale Hysterektomie, laparoskopische Myomenukleation, LASH, TLH, Myomembolisation (in Verbindung mit der Radiologie).
VU13	Tumorchirurgie	des Beckens. Radikale Hysterektomie, vordere und hintere Exenteration.
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1025
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	D25	162	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur
2	N80	142	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter
3	N83	129	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
4	N81	94	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter
5	D27	61	Gutartiger Eierstocktumor
6	N85	35	Sonstige nichtentzündliche Krankheit der Gebärmutter, ausgenommen des Gebärmutterhalses
7	N84	34	Gutartige Schleimhautwucherung (Polyp) im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane
8	N39	33	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
9	C54	29	Gebärmutterkrebs
10	O00	27	Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter
11	C56	24	Eierstockkrebs
12	R10	22	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
13	N70	19	Eileiterentzündung bzw. Eierstockentzündung
14	K66	17	Sonstige Krankheit des Bauchfells (Peritoneum)
15	D06	14	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) des Gebärmutterhalses

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

Trifft nicht zu.

B-6.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

B-6.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-683	258	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter
2	5-469	234	Sonstige Operation am Darm
3	5-661	220	Operative Entfernung eines Eileiters
4	5-651	203	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks
5	5-704	161	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide
6	5-657	154	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung
7	1-672	131	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
8	5-690	127	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
9	5-702	126	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide
10	5-681	101	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
11	5-653	89	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter
12	5-572	83	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
13	5-932	77	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
14	5-569	56	Sonstige Operation am Harnleiter
15	9-984	53	Pflegebedürftigkeit

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

Trifft nicht zu.

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Gynäkologie	
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	Endometriose Behandlung und Deszensus-Chirurgie (VG00)
Angebotene Leistung	Endoskopische Operationen (VG05)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Endokrinologie (VG18)
Angebotene Leistung	Inkontinenzchirurgie (VG07)
Angebotene Leistung	Reproduktionsmedizin (VG17)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-690	64	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter-schleimhaut - Ausschabung
2	1-672	31	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung
3	5-758	6	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt
4	1-471	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter-schleimhaut ohne operativen Einschnitt
5	1-661	< 4	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
6	5-469	< 4	Sonstige Operation am Darm
7	5-681	< 4	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter
8	5-691	< 4	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	5-702	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide
10	5-711	< 4	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)
11	5-852	< 4	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,69	
Ambulant	0,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 153,21375

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,32

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,12	
Ambulant	0,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,32	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 328,52564

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dr. Münich;
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	Herr Naameh

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,55	
Ambulant	0,45	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12	
Nicht Direkt	10	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 47,56381

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,29	
Ambulant	0,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,46	
Nicht Direkt	0,84	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 794,57364

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,63	
Ambulant	0,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,04	
Nicht Direkt	3,02	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 221,38229

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Viele Mitarbeiter:innen verfügen über langjährige Berufserfahrung und teilweise über eine Fachweiterbildung.
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	weitergebildete Pflegekräfte vorhanden
PQ20	Praxisanleitung	weitergebildete Pflegekräfte vorhanden
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	entsprechende Abteilung mit Fachpersonal steht zur Verfügung
PQ07	Pflege in der Onkologie	weitergebildete Mitarbeiter:in steht über den Konsildienst zur Verfügung
PQ13	Hygienefachkraft	weitergebildete Pflegekräfte stehen zur Verfügung
PQ18	Pflege in der Endoskopie	entsprechende Abteilung mit qualifiziertem Personal steht zur Verfügung
PQ22	Intermediate Care Pflege	entsprechende Abteilung mit Fachpersonal steht zur Verfügung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP06	Ernährungsmanagement	findet regelmäßig über GDB statt (Kooperationsvertrag)
ZP16	Wundmanagement	weitergebildete Pflegekräfte vorhanden
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	entsprechende Abteilung mit Fachpersonal steht zur Verfügung
ZP05	Entlassungsmanagement	strukturiertes Entlassungsmanagement wird nach gesetzl. Vorgaben umgesetzt
ZP08	Kinästhetik	weitergebildete Pflegekräfte vorhanden
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	weitergebildete Pflegekräfte der Anästhesie (Pain nurse) vorhanden
ZP15	Stomamanagement	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen über den Konsildienst zur Verfügung
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem/jeder Patient:in wird anhand eines Dekubitusassessment das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP19	Sturzmanagement	entsprechende Maßnahmenstandards vorhanden
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	Op-Statut mit OP-Koordinatoren vorhanden
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten

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

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-7 Klinik für Geburtshilfe mit Neonatologie / Pränatalmedizin

B-7.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Geburtshilfe mit Neonatologie / Pränatalmedizin
Fachabteilungsschlüssel	2400
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Klinik für Geburtshilfe
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Wouter Simoens
Telefon	0561/1002-1260
Fax	0561/1002-1265
E-Mail	sekretariat.geburtshilfe.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de



Abbildung 11: Herr Dr. med. Simoens bei der Befundbesprechung mit einer Patientin

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	Vaginale Beckenendlage-Entbindung, Gemini (Zwillinges-)Eintbindung, Vakuumextraktion (Saugglocke), Kaisergeburt
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG19	Ambulante Entbindung	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	Gemini (Zwillinge) ab der 35. Schwangerschaftswoche.
VK25	Neugeborenenenscreening	z.B. Hörscreening, Stoffwechselscreening.
VR02	Native Sonographie	neues 4-D-Gerät, 3D-Ultraschall.
VR04	Duplexsonographie	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VG00	Fruchtwasserentnahmen, Planung der Geburtseinleitung	Extern durch das Klinikum Kassel geleitete 24-stündige Überwachungseinheit. 24-stündige Präsenz einer Kinderkrankenschwester für Intensivmedizin, Neonatologie täglich vor Ort.
VK00	Konsiliarischer Ultraschall und Echo bei Auffälligkeiten	

B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 4488

Teilstationäre Fallzahl 0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	1359	Neugeborene
2	O70	458	Dammriss während der Geburt
3	O71	261	Sonstige Verletzung während der Geburt
4	O80	204	Normale Geburt eines Kindes
5	O68	184	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes
6	O34	171	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane
7	P08	124	Störung aufgrund langer Schwangerschaftsdauer oder hohem Geburtsgewicht
8	O26	112	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
9	Z83	112	Sonstige spezifische Krankheit in der Familienvorgeschichte
10	O21	100	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft
11	P05	84	Mangelentwicklung bzw. Mangelernährung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter
12	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
13	Z76	76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
14	O64	74	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt
15	O62	60	Ungewöhnliche Wehentätigkeit

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Trifft nicht zu.

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	1689	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt
2	1-208	1468	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
3	5-758	993	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt
4	9-260	866	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt
5	5-749	688	Sonstiger Kaiserschnitt

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	8-910	428	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)
7	9-261	422	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind
8	5-730	252	Künstliche Fruchtblasensprengung
9	5-738	134	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht
10	8-510	131	Umlagerung des ungeborenen Kindes (Fetus) vor der Geburt
11	5-728	129	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke
12	5-690	84	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung
13	5-741	70	Kaiserschnitt mit Schnitt oberhalb des Gebärmutterhalses bzw. durch den Gebärmutterkörper
14	5-756	70	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt
15	8-515	59	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe

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

Trifft nicht zu.

B-7.8 *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

Ambulanz Dr. W. Simoens	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
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	Spezialprechstunde (VG15)



Abbildung 12: Blick in den Kreißaal

Ambulanz Dr. W. Simoens	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
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	Spezialprechstunde (VG15)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,13	
Ambulant	0,38	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 874,8538

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1632

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Hr. Dr. med. Simoens besitzt eine Weiterbildungsbefugnis im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe für fünf Jahre. Er ist namentlich benannter Ausbilder für den Schwerpunkt spezielle Geburtshilfe und Perinatologie für drei Jahre und er ist DEGUM II Kursleiter.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 37,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,42	
Ambulant	0,11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,2	
Nicht Direkt	27,33	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 119,93586

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär 0,42

Ambulant 0

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt 0,42

Nicht Direkt 0

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 10685,71429

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 15,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär 14,97

Ambulant 0,16

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt 0

Nicht Direkt 15,13

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 299,7996

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 16

Anzahl stationäre Fälle je Person: 280,5

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Die Mitarbeiter:innen verfügen über lange Berufserfahrung und teilweise auch über eine Fachweiterbildung. Regelmäßige FB zur Neugeborenenreanimation finden statt.
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	entsprechende Abteilung mit Fachpersonal steht zur Verfügung, neonatologische Überwachungseinheit vorhanden
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	Pflegepersonal der Anästhesie besucht spezielle Notfalltrainings für Neugeborene
PQ13	Hygienefachkraft	sind vorhanden
PQ22	Intermediate Care Pflege	entsprechende Abteilung mit Fachpersonal ist vorhanden

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP28	Still- und Laktationsberatung	Zwei Mitarbeiter:innen verfügen über diese Fachexpertise.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	entsprechende Abteilung und Fachpersonal steht zur Verfügung
ZP06	Ernährungsmanagement	entsprechende Beratungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung
ZP08	Kinästhetik	entsprechend qualifiziertes Personal steht zur Verfügung
ZP09	Kontinenzmanagement	weitergebildetes Pflegepersonal steht über den Konsildienst zur Verfügung
ZP16	Wundmanagement	ausgebildete Wundmanager:innen stehen zur Verfügung
ZP19	Sturzmanagement	Expertenstandard wird umgesetzt
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten

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

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-8 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-8.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Allgemein- Viszeralchirurgie und Proktologie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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



Abbildung 13: Herr Prof. Dr. med. Reith im Gespräch mit einer Patientin

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

Struktur der Abteilung:

Die Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie gliedert sich auf in eine Klinik für Viszeralchirurgie und eine belegärztliche Abteilung mit den Disziplinen Proktologie und Plastische Operationen. In der Viszeralchirurgie werden alle Eingriffe der Viszeralchirurgie inklusive Ösophagus- und Magenoperationen, komplexe Operationen an der Leber und Pankreas, sowie die gesamte Kolon- und Rektumchirurgie durchgeführt. Ein überwiegender Anteil wird in minimal-invasiver Technik durchgeführt. Eine Zertifizierung als Kompetenzzentrum für Kolo-Proktologie ist im August 2015 erfolgreich erworben worden. Die Rezertifizierung wurde erfolgreich in November 2019 bestanden.

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

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



Abbildung 14: Das Team der Klinik für Allgemein- Viszeralchirurgie und Proktologie
von links: Herr Dr. med. Quarshi, Herr Prof. Dr. med. Reith, und Herr Khalid

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC00	Hernienzentrum	Alle Arten von Hernien werden operiert, auch in minimal-invasiver Technik. Alle Formen von Bauchwandhernien können auch in minimal-invasiver Technik operiert werden.
VC00	Sonstige im Bereich Chirurgie	Alle minimal-invasiven Operationsverfahren sind etabliert.
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	inklusive 2 oder 3 Höhleneingriffe, minimal invasive Ansätze, wenn möglich
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	besonders Videoassistierte Thorakoskopie (VATS)
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC21	Endokrine Chirurgie	Sämtliche Eingriffe an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse sind möglich. Ein Neuromonitoring für den Stimmbandnerv ist etabliert. Die intraoperative Bestimmung des Parathormons ist vorhanden. Eingriffe an der Nebenniere, auch minimal-invasiv werden durchgeführt.
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	z. B. Ösophagus- und Magenchirurgie, Chirurgie von Dün- und Dickdarm, Koloproktologie, Behandlung analer Störungen inkl. Inkontinenz.
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Komplexe Leber- und Pankreaschirurgie, minimal invasive Leberchirurgie, interventionelle Tumortherapie, Gallenchirurgie minimalinvasiv und rekonstruktive Chirurgie der Gallenwege
VC24	Tumorchirurgie	Moderne Tumorchirurgie in der Viszeralchirurgie und der Extremitäten wird qualifiziert vorgehalten.
VC25	Transplantationschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	in Kombination mit moderner Wundtherapie und Wundzentrum, Vorhandensein von Barriere-Zimmern
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	umfangreiches Angebot
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürlicher Körperöffnungen)
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	für Adipositas, Darmzentrum, Stoma, Inkontinenz, Zweitmeinung, Proktologie - Adipositassprechstunde - Darmzentrumssprechstunde - Herniensprechstunde - Zweitmeinungs- Sprechstunde
VC62	Portimplantation	
VC63	Amputationschirurgie	Im Bereich der unteren Gliedmaßen.
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	Alle Arten plastischer stationärer chirurgischer Eingriffe.
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VR00	CT- und ultraschallgesteuerte Radiofrequenzablation	wird in der Routine angeboten, dazu Embolisationsverfahren
VR00	Chemoembolisation	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
VC60	Adipositaschirurgie	

B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1278
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	190	Gallensteinleiden
2	K40	113	Leistenbruch (Hernie)
3	K35	82	Akute Blinddarmentzündung
4	K56	73	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
5	K57	62	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
6	K43	49	Bauchwandbruch (Hernie)
7	C18	46	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
8	C20	23	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
9	K61	22	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters
10	E66	21	Fettleibigkeit, schweres Übergewicht
11	K42	21	Nabelbruch (Hernie)

12	C22	19	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge
13	K62	17	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Anus
14	K64	16	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
15	L02	16	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen

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

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C25	13	Bauchspeicheldrüsenkrebs

B-8.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

B-8.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-469	252	Sonstige Operation am Darm
2	5-511	252	Operative Entfernung der Gallenblase
3	9-401	123	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
4	5-530	120	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
5	5-455	102	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
6	5-541	90	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes
7	5-470	89	Operative Entfernung des Blinddarms
8	5-896	67	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
9	5-454	53	Operative Dünndarmentfernung
10	5-536	52	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)
11	5-399	49	Sonstige Operation an Blutgefäßen
12	5-850	45	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
13	5-534	44	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
14	5-549	44	Sonstige Bauchoperation
15	5-484	40	Operative Mastdarmentfernung (Rektumresektion) mit Beibehaltung des Schließmuskels

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

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-653	39	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
5-448	37	Sonstige wiederherstellende Operation am Magen
5-490	31	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters
5-501	31	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber
5-434	27	Selten verwendete Technik zur operativen Teilentfernung des Magens
5-524	19	Operative Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse

B-8.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	31	Sonstige Operation an Blutgefäßen
2	5-492	5	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges
3	5-188	< 4	Sonstige wiederherstellende Operation am äußeren Ohr
4	5-490	< 4	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters
5	5-491	< 4	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)
6	5-611	< 4	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden
7	5-852	< 4	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen
8	5-856	< 4	Wiederherstellende Operation an den Bindegewebshüllen von Muskeln
9	5-903	< 4	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal

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

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

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,97	
Ambulant	0,88	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,85	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 142,47492

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,93	
Ambulant	0,67	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 215,51433

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	
ZF34	Proktologie	
ZF15	Intensivmedizin	Weiterbildungsbefugnis und ausreichende Erfahrung.

B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 52,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	50,95	
Ambulant	1,58	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,24	
Nicht Direkt	30,29	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 25,08342

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0,75	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 852

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,62	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,08	
Nicht Direkt	1,59	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 487,78626

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Die Mitarbeiter:innen verfügen über lange Berufserfahrung und teilweise auch über eine Fachweiterbildung. Regelmäßige Fortbildung zur Neugeborenenreanimation finden statt.
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	ausgebildete Hygienebeauftragte sind in den Stationsbereichen benannt
PQ20	Praxisanleitung	ausgebildete Praxisanleiter:innen sind vorhanden
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	entsprechende Abteilung steht mit Fachpersonal zur Verfügung
PQ07	Pflege in der Onkologie	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
PQ13	Hygienefachkraft	qualifizierte Hygienefachkräfte sind vorhanden
PQ22	Intermediate Care Pflege	entsprechende Abteilung mit Fachpersonal steht zur Verfügung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:in stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP16	Wundmanagement	Wundexperte nach ICW
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem/jeder Patient:in wird anhand eines Dekubitusassessment das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patient:innen und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP14	Schmerzmanagement	In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurses tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patient:innen an Hand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
ZP01	Basale Stimulation	Mitarbeitende sind entsprechend qualifiziert.
ZP06	Ernährungsmanagement	Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet. Zusätzlich finden Ernährungsberatungen statt.
ZP08	Kinästhetik	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen über internen Konsildienst zur Verfügung
ZP09	Kontinenzmanagement	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
ZP20	Palliative Care	weitergebildete Mitarbeiter:in steht der Abteilung zur Verfügung
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten

B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-9 Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie Hauptabteilung

B-9.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie Hauptabteilung
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Rauf Ahmadian
Telefon	0561/1002-1410
Fax	0561/1002-1405
E-Mail	sekretariat.unfallchirurgie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de



Abbildung 15: Herr Dr. med. Ahmadian Chefarzt der Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand

B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1884
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar	Umbuchung CH17,CH18,CH19

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S83	253	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
2	M75	150	Schulterverletzung
3	M17	144	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
4	M16	140	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	M51	134	Sonstiger Bandscheibenschaden
6	M48	99	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule
7	M54	90	Rückenschmerzen
8	S06	69	Verletzung des Schädelinneren
9	S82	68	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
10	S42	55	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
11	M50	45	Bandscheibenschaden im Halsbereich
12	S72	39	Knochenbruch des Oberschenkels
13	S52	35	Knochenbruch des Unterarmes
14	K64	32	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
15	S32	25	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens

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

Trifft nicht zu.

B-9.7 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

B-9.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	463	Pflegebedürftigkeit
2	9-401	428	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
3	5-832	370	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule
4	5-814	289	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
5	5-984	270	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
6	5-033	252	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal
7	5-831	250	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
8	5-032	241	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein
9	5-839	231	Sonstige Operation an der Wirbelsäule
10	5-820	217	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
11	5-810	210	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
12	8-800	172	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	5-813	162	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
14	5-812	160	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
15	5-822	151	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

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

Trifft nicht zu.

B-9.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	23	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
2	1-697	< 4	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung
3	5-056	< 4	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
4	5-790	< 4	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
5	5-811	< 4	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
6	5-812	< 4	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
7	5-814	< 4	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
8	5-859	< 4	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln
9	8-201	< 4	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten

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

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

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,61	
Ambulant	0,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 285,02269

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,95	
Ambulant	0,13	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 638,64407

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie

B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 43,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	42,49	
Ambulant	0,73	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,42	
Nicht Direkt	25,8	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 44,33984

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,78	
Ambulant	0,4	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,09	
Nicht Direkt	1,09	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1058,42697

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,98	
Ambulant	0,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,88	
Nicht Direkt	1,3	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 951,51515

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	entsprechende Abteilung steht mit Fachpersonal zur Verfügung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ12	Notfallpflege	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
PQ13	Hygienefachkraft	qualifizierte Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	ausgebildete Hygienebeauftragte sind in den Stationsbereichen benannt
PQ18	Pflege in der Endoskopie	qualifizierte Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
PQ20	Praxisanleitung	ausgebildete Praxisanleiter:innen sind vorhanden
PQ21	Casemanagement	qualifizierte Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
PQ22	Intermediate Care Pflege	entsprechende Abteilung mit Fachpersonal steht zur Verfügung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	Endoskopie/ Funktionsdiagnostik ist vorhanden
ZP05	Entlassungsmanagement	z.B. Überleitungspflege

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP06	Ernährungsmanagement	Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet. Zusätzlich finden Ernährungsberatungen statt.
ZP07	Geriatric	Klinik für Innere Medizin Geriatric- Akutgeriatric mit Frührehabilitation und Tagesklinik
ZP09	Kontinenzmanagement	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
ZP13	Qualitätsmanagement	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
ZP14	Schmerzmanagement	In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurses tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patient:innen an Hand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:in stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP16	Wundmanagement	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem: jeder Patient:in wird anhand eines Dekubitusassessment das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzsкала das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patient:innen und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP20	Palliative Care	weitergebildete Mitarbeiter:in steht der Abteilung zur Verfügung
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	qualifizierte Mitarbeiter:in ist vorhanden
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®	Gefäßassistent:innen sind vorhanden

B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-10 Klinik für Plastische Chirurgie-Schönheit und Ästhetik, Handchirurgie

B-10.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Plastische Chirurgie-Schönheit und Ästhetik, Handchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Mehrnoosh Akhavanpoor
Telefon	0561/1002-1860
Fax	0561/1002-1855
E-Mail	sekretariat.plastischechirurgie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de



Abbildung 16: Frau Dr. med. Akhavanpoor,
Chefärztin der Klinik für Plastische Chirurgie-
Schönheit und Ästhetik, Handchirurgie

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr. Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VO16	Handchirurgie
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	160
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar	CH15, CH31, CH92,

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-041	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven
2	5-640	< 4	Operation an der Vorhaut des Penis
3	5-790	< 4	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
4	5-840	< 4	Operation an den Sehnen der Hand
5	5-841	< 4	Operation an den Bändern der Hand

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	5-849	< 4	Sonstige Operation an der Hand
7	5-850	< 4	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
8	5-903	< 4	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal
9	8-201	< 4	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.



Abbildung 17: Herr Dr. med. Cetegen, Oberarzt der der Klinik für *Plastische Chirurgie-Schönheit und Ästhetik, Handchirurgie*

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 213,33333

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 320

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,16	
Nicht Direkt	1,92	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 51,94805

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,14	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,07	
Nicht Direkt	0,07	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1142,85714

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,1	
Nicht Direkt	0,15	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 640

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	entsprechende Abteilung steht mit Fachpersonal zur Verfügung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ12	Notfallpflege	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
PQ13	Hygienefachkraft	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	ausgebildete Hygienebeauftragte sind in den Stationsbereichen benannt
PQ20	Praxisanleitung	ausgebildete Praxisanleiter:innen sind vorhanden
PQ21	Casemanagement	ausgebildete Praxisanleiter:innen sind vorhanden
PQ22	Intermediate Care Pflege	ausgebildete Mitarbeiter:innen sind vorhanden

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege
ZP06	Ernährungsmanagement	Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet. Zusätzlich finden Ernährungsberatungen statt.
ZP08	Kinästhetik	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen über internen Konsildienst zur Verfügung

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP09	Kontinenzmanagement	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
ZP14	Schmerzmanagement	In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurses tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patient:innen an Hand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:in stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP16	Wundmanagement	Wundexperte nach ICW
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem/jeder Patient:in wird anhand eines Dekubitusassessment das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patient:innen und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	OP-Manager:in ist vorhanden

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-11 Klinik für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie

B-11.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1800
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. habil. Thomas Bürger
Telefon	0561/1002-1510
Fax	0561/1002-1505
E-Mail	sekretariat.gefvaeschirurgie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de

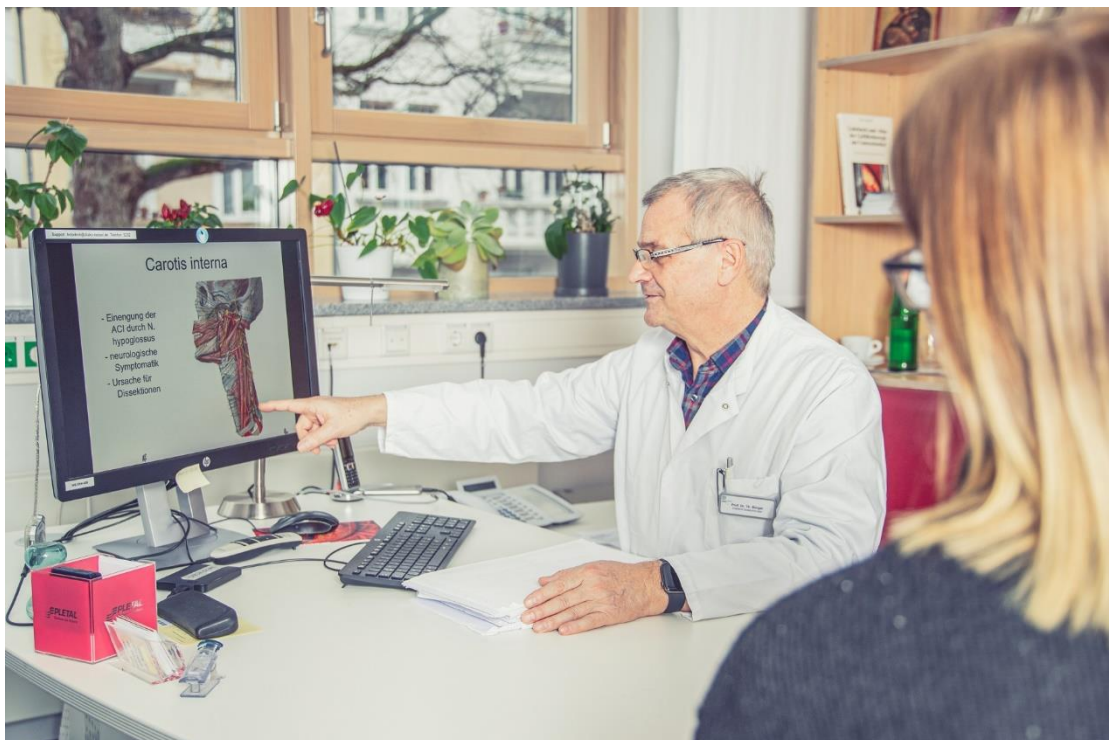


Abbildung 18: Herr Prof. Dr. med. Bürger im Gespräch mit einer Patientin

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VC00	Wundbehandlung	

B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	819
Teilstationäre Fallzahl	0

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	268	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
2	G54	131	Krankheit von Nervenwurzeln bzw. Nervengeflechten
3	I83	86	Krampfadern der Beine
4	E11	77	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
5	I74	54	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel
6	I71	51	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader
7	I65	47	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls
8	I72	22	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer
9	T81	14	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
10	Q76	13	Angeborene Fehlbildung der Wirbelsäule bzw. der Knochen des Brustkorbes
11	T82	8	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdeile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen
12	I87	5	Sonstige Venenkrankheit
13	A41	< 4	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)
14	E10	< 4	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1
15	I10	< 4	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache

B-11.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

Trifft nicht zu.

B-11.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

B-11.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-983	296	Erneute Operation
2	5-916	275	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
3	5-381	267	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader
4	9-984	254	Pflegebedürftigkeit
5	5-869	227	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken
6	5-930	190	Art des verpflanzten Materials
7	5-896	189	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8	5-865	171	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes
9	8-800	140	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
10	5-380	116	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels
11	5-385	103	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
12	8-190	97	Spezielle Verbandstechnik
13	1-206	93	Untersuchung der Nervenleitung - ENG
14	5-38a	91	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß
15	9-401	90	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention

B-11.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

Trifft nicht zu.

B-11.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Ambulanz Prof. Dr. Bürger	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Komplette Diagnostik und Therapie von arteriellen und venösen Erkrankungen.
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)

Ambulanz Prof. Dr. Bürger

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

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-385	42	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein
2	3-602	< 4	Röntgendarstellung des Aortenbogens mit Kontrastmittel
3	3-603	< 4	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,41	
Ambulant	0,7	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 97,38407

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,1	
Ambulant	0,7	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 160,58824

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ06	Allgemeinchirurgie	Die Weiterbildungsermächtigung umfasst die komplette Ausbildung zum Facharzt für "Gefäßchirurgie" über den Zeitraum von 6 Jahren (2 Jahre Basis-Weiterbildung im Gebiet der Chirurgie und 4 Jahre für den Facharzt für Gefäßchirurgie).
AQ07	Gefäßchirurgie	Die Weiterbildungsermächtigung umfasst die komplette Ausbildung zum Facharzt für "Gefäßchirurgie" über den Zeitraum von 6 Jahren (2 Jahre Basis-Weiterbildung im Gebiet Chirurgie und 4 Jahre für den Facharzt für Gefäßchirurgie) und die Ausbildung für die Zusatzbezeichnung Phlebologie für 18 Monate.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF31	Phlebologie	Weiterbildungsermächtigung für die Zusatzweiterbildung Phlebologie für 24 Monate.
ZF15	Intensivmedizin	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	

B-11.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 49,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	49,05	
Ambulant	0,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,93	
Nicht Direkt	29,38	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 16,69725

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,19	
Nicht Direkt	1,19	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 344,11765

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,38	
Ambulant	0,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,45	
Nicht Direkt	2,15	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 242,30769

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Viele MA verfügen über eine langjährige Berufserfahrung und teilweise Fachweiterbildungen.
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	sind in der Abteilung vorhanden
PQ20	Praxisanleitung	weitergebildete Pflegekräfte sind vorhanden
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	langjährige Berufserfahrung und teilweise Fachweiterbildungen.
PQ07	Pflege in der Onkologie	über de Konsiliardienst können weitergebildete Pflegefachkräfte angefordert werden
PQ13	Hygienefachkraft	weitergebildete Pflegekräfte stehen der Abteilung zur Verfügung
PQ22	Intermediate Care Pflege	eine entsprechende Abteilung mit weitergebildetem Personal steht zur Verfügung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP16	Wundmanagement	Mehrere Wundexperten nach ICW vorhanden.
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Bei jedem Patient wird anhand von Dekubitusassessment, das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst.
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung wird angeboten

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP05	Entlassungsmanagement	Die definierten und schriftlich festgelegten Abläufe erfüllen die gesetzl. Vorgaben. z.B. Überleitungspflege
ZP06	Ernährungsmanagement	Bei Aufnahme wird der Ernährungszustand anhand eines Assessments erhoben. Je nach Ernährungszustand werden weitere Maßnahmen eingeleitet.
ZP14	Schmerzmanagement	In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurses tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patient:innen an Hand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzska das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patient:innen und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP01	Basale Stimulation	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert
ZP09	Kontinenzmanagement	Für die Kontinenzberatung stehen in verständlicher Sprache Flyer zur Anleitung und Information der Patient:innen und Angehörigen zur Verfügung.
ZP08	Kinästhetik	weitergebildete Pflegefachkräfte sind vorhanden
ZP13	Qualitätsmanagement	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®	weitergebildete Gefäßassistent:innen sind vorhanden

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-12 Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-12.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt der Radiologie bis 30.06.2020
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Mohammed Al Toki
Telefon	0561/1002-1700
Fax	0561/1002-1705
E-Mail	sekretariat.radiologie@diako-kassel.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	ab 01.12.2020 Chefarzt der Radiologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Martin Reinhardt
Telefon	0561/1002-1710
Fax	0561/1002-1725
E-Mail	sekretariat.radiologie.dkk@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de

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

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

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR00	Moderne Halbleiterdetektoren in Röntgen und DSA, digitale Datenverarbeitung und Datensicherung mit Befund- und Bildarchiv (RIS / PACS / KIS)	Reduktion der Strahlenexposition durch moderne Halbleiter-Detektortechnik/Speicherfolien, digitale Nachbearbeitung und Archivierung (PACS), Bilder/Befunde stehen im KIS (ORBIS) direkt nach Untersuchung/Befunderstellung, tägliche Röntgendemonstrationen, Bildermitgabe erfolgt CD/DVD/Papierausdruck
VR00	TOS- Diagnostik	DSA der arteriellen und venösen Gefäße der oberen Thorax-Apertur bds., arteriell über Katheter im re. Vorhof, venös über Katheter bzw. Zugang in V. brachialis.
VR00	Darstellung und Rekanalisation eines Dialyseshunt	Darstellung eines Dialyseshunt, bei Verschluss oder Stenose Rekanalisation, PTA.
VR00	CT- und ultraschallgesteuerte Mikrowellenablation und Radiofrequenzablation	Therapie von Tumoren oder Metastasen in Leber, Nieren und Lungen mittels Mikrowellenablation oder Radiofrequenzablation im CT unter sonographischer Kontrolle.
VR00	Ganzbeinstandaufnahme	Ganzbeinstandaufnahme zur Beurteilung der Beinachse vor und nach Knie-TEP.
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	Röntgendiagnostik aller Organsysteme einschließlich spezieller Durchleuchtungsverfahren in digitaler Technik.
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	z. B. Ösophagographie, Gastrographie, Magen-Darm-Passage, Kolonkontrasteinlauf, Urographie, Zystographie, Phlebographie, Darstellung von Fisteln, Drainage-Darstellung.
VR10	Computertomographie (CT), nativ	Spiralcomputertomographie aller Körperregionen, prinzipiell werden Dosis-sparende CT-Protokolle sowie multiplanare Rekonstruktionen, 3D-Rekonstruktion bei besonderen Fragestellungen.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	Spiralcomputertomographie aller Körperregionen, es werden ausschließlich hypoosmolare Kontrastmittel (KM) verwendet, optimierte KM-sparende CT-Protokolle, individuelle Anpassung des CT-Protokolls und der KM-Menge .
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	Kardio-CT mit CT-Koronarangiographie, Koronarkalk-Scoring, CT-Angiographie, Low- Dose-CT, CT-gesteuerte Schmerztherapien, CT-gesteuerte Punktionen und Drainageanlagen.
VR15	Arteriographie	Digitale Substraktionsangiographie, Übersichts-Angiographie Becken-Beine, selektive Angiographie, TOS-Diagnostik.
VR16	Phlebographie	Venendarstellung der Arme, Beine und des Körperstammes.
VR17	Lymphographie	Darstellung der Lymphgefäße und der Lymphknoten einer Extremität bzw. retroperitoneal und mediastinal mit einem lymphgängigen Kontrastmittel über ein peripheres Lymphgefäß (Fußrücken).
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	MRT von Kopf, Wirbelsäulenabschnitten und Gelenken.
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Zusätzliche MRT-Sequenzen nach i.v. Kontrastmittel bei entsprechenden Fragestellungen (entzündlicher Prozess, Tumor-Diagnostik)
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	Gefäßdarstellungen mit und ohne Kontrastmittel, MRT Oberbauch, MRT Nieren, MRT-Sellink.
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	Bestimmung der Knochendichte mit CT
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Auswertung an Workstations mit multiplanaren Rekonstruktionen und Darstellung in 3D-Visualisierungen.
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	Auswertung dynamischer Untersuchungen an Workstations mit 4D-Auswertung, Erstellung von Zeitaktivitätskurven, dynamische 3D-Darstellung.
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	Intraoperative Gefäßdarstellung in Kooperation mit der Gefäßchirurgie und Allgemeinchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	Quantitative Bildanalyse an Workstations, Erstellung
VR41	Interventionelle Radiologie	Perkutane-transluminale Dilatationen (PTA), Stentimplantationen, Thrombektomie, lokale Lysetherapie, Gefäßembolisationen mit Partikeln und Coils, CT-gesteuerte Punktion und Drainageanlage.
VR47	Tumorembolisation	Selektive transarterielle Tumorembolisation von Tumoren oder Metastasen z.B. in Leber, Nieren oder Prostata oder von Uterusmyomen mit Partikeln oder/und Coils. Selektive transarterielle Chemoembolisation (TACE) von Leberherden bei HCC, CCC und anderen malignen Tumoren.

B-12.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

Die Fallzahlen werden den entlassenden Fachabteilungen zugerechnet.

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-990	2421	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
2	3-225	843	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
3	3-207	678	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
4	3-200	663	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
5	8-83b	519	Zusatzinformationen zu Materialien
6	3-222	488	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
7	8-836	341	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
8	3-605	279	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
9	3-607	233	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
10	3-994	214	Computergestützte Darstellung von Körperstrukturen in Dreidimensionalität - Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	3-203	191	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
12	3-206	127	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel
13	3-202	124	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
14	3-611	115	Röntgendarstellung der Venen in Hals und Brustkorb mit Kontrastmittel
15	3-603	111	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel

B-12.7.2 *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

Trifft nicht zu.

B-12.8 *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

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

B-12.9 *Ambulante Operationen nach § 115b SGB V*

Trifft nicht zu.

B-12.10 *Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft*

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

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,55	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,34	
Ambulant	0,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	10,6 Mitarbeiter:innen mit der Berufsbezeichnung MTRA und MTA sind in der Radiologie beschäftigt.

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Die Leitung des Bereiches hat eine entsprechende Fachweiterbildung.
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	ausgebildete Hygienebeauftragte sind in den Stationsbereichen benannt
PQ20	Praxisanleitung	qualifizierte Praxisanleiter:innen sind vorhanden
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	entsprechendes Fachpersonal steht zur Verfügung
PQ07	Pflege in der Onkologie	entsprechendes Fachpersonal steht zur Verfügung
PQ08	Pflege im Operationsdienst	entsprechendes Fachpersonal steht zur Verfügung
PQ13	Hygienefachkraft	qualifizierte Hygienefachkräfte sind vorhanden
PQ22	Intermediate Care Pflege	entsprechende Abteilung und Fachpersonal steht zur Verfügung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	entsprechende Abteilung und Fachpersonal steht zur Verfügung
ZP05	Entlassungsmanagement	strukturiertes Entlassmanagement nach gesetzl. Vorgaben wird umgesetzt

Im Fachbereich MTRA 6,5 gesamt beschäftigt

B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-13 Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-13.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Fachabteilungsschlüssel	3753
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt Anästhesie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andreas Fiehn (MBA)
Telefon	0561/1002-1201
Fax	0561/1002-1205
E-Mail	andreas.fiehn@agaplesion.de
Straße/Nr	Herkulesstraße 34
PLZ/Ort	34119 Kassel
Homepage	https://www.diako-kassel.de



Abbildung 19: Herr Dr. med. Fiehn, Chefarzt Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

B-13.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,15	
Ambulant	0,36	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,79	
Ambulant	0,28	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,07	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ59	Transfusionsmedizin	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie ist Dr. U. Haupt; Transfusionsbeauftragter Arzt Dr. M. Peuckert
AQ01	Anästhesiologie	Weiterbildungsermächtigung liegt für 3,5 Jahre, inklusive 0,5 Jahre Intensivmedizin vor.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	J. Fröhlich, Dr. U. Fritz
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	Dr. U. Haupt
ZF15	Intensivmedizin	Dr. A. Fiehn, MBA; Dipl. med. H. Begau, Dr. M. Peuckert, W. Jäger
ZF28	Notfallmedizin	Dr. A. Fiehn, MBA; Dr. I. Grohmann; Dr. U. Haupt; Dr. M. Peuckert, W. Jäger, J. Fröhlich
ZF30	Palliativmedizin	J. Fröhlich

B-13.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Das Fachpersonal ist über die Hauptabteilungen abgebildet. (indirektes Beschäftigungsverhältnis)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ02	Diplom	Pflegedienstleitung, Anästhesie
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Im Anästhesie- und Intensivbereich verfügen viele Mitarbeiter:innen neben der jahrelangen Berufserfahrung über eine Fachweiterbildung.
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Alle Stationsleitungen haben eine entsprechende Fachweiterbildung.

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ07	Pflege in der Onkologie	Im der Gynäkologie und Chirurgie verfügen Mitarbeiter:innen über diese Qualifikation und stehen konsiliarisch zur Beratung zur Verfügung.
PQ08	Pflege im Operationsdienst	Die Weiterbildung bieten die AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL über die angegliederte Krankenpflegeschule (CBG) an, es nehmen regelmäßig Mitarbeiter:innen daran teil. Einige Mitarbeiter:innen haben eine Qualifikation als OTA.
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	ausgebildete Hygienebeauftragte sind in den Stationsbereichen benannt
PQ20	Praxisanleitung	ausgebildete Praxisanleiter:innen sind in den Stationsbereichen vorhanden
PQ01	Bachelor	Ein:e Mitarbeiter:in verfügt über einen Bachelor-Abschluss.
PQ13	Hygienefachkraft	weitergebildete Pflegekräfte sind vorhanden
PQ22	Intermediate Care Pflege	entsprechende Abteilung mit weitergebildetem Fachpersonal steht zur Verfügung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP02	Bobath	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP18	Dekubitusmanagement	Der Expertenstandard Dekubitus wird umgesetzt. Zur Evaluation findet 1x pro Jahr eine Prävalenz- und Inzidenzstudie statt.
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z.B. Diabetesberatung
ZP05	Entlassungsmanagement	Die definierten und schriftlich festgelegten Abläufe erfüllen die gesetzl. Vorgaben.
ZP08	Kinästhetik	Mitarbeiter:innen sind entsprechend qualifiziert.
ZP09	Kontinenzmanagement	weitergebildete Mitarbeiter:innen stehen zur Verfügung
ZP13	Qualitätsmanagement	Fortgebildete Mitarbeiter:innen
ZP14	Schmerzmanagement	In der Anästhesie sind ausgebildete Pain Nurses tätig. Diese führen das Schmerzmanagement auf den Stationen durch. Auf den Stationen werden die Patient:innen anhand der Schmerzskala befragt und erhalten nach standardisierten Vorgaben die entsprechenden Medikamente.
ZP15	Stomamanagement	Weitergebildete Stomatherapeut:innen stehen hausintern jederzeit kurzfristig zur Verfügung.

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP19	Sturzmanagement	Bei jeder Neuaufnahme wird anhand einer Sturzskala das Risiko eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen veranlasst. Zusätzlich ist ein Flyer für Patient:innen und Angehörige erstellt worden, der Informationen zur Sturzvermeidung in verständlicher Sprache enthält.
ZP16	Wundmanagement	In allen Fachabteilungen sind ausgebildete Wundmanager:innen (Wundexperte ICW) vorhanden.
ZP06	Ernährungsmanagement	Ernährungsberatung findet regelmäßig über ausgebildetes Fachpersonal statt (Kooperation mit Firma GHD).
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	OP-Manager:in ist der KBL zugeordnet, OP-Statut regelt die Organisation.
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	entsprechende Abteilung mit weitergebildetem Fachpersonal steht zur Verfügung
ZP07	Geriatric	entsprechende Abteilung mit weitergebildetem Fachpersonal steht zur Verfügung

B-13.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	210	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Geburtshilfe (16/1)	1927	99,6	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	581	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	70	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	13	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation (09/3)	9	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	211	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	208	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft- Endoprothesenwechsel und - komponentenwechsel (HEP_WE)	4	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	40	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel (09/5)	5	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Implantierbare Defibrillatoren- Implantation (09/4)	20	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Implantierbare Defibrillatoren- Revision/Systemwechsel/ Explantation (09/6)	4	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Karotis-Revaskularisation (10/2)	46	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	146	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	144	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und – komponentenwechsel (KEP_WE)	< 4	< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Mammachirurgie (18/1)	< 4	< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Neonatologie (NEO)	4	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	206	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

¹In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Nierentransplantation (PNTX) ²	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI_LKG)	325	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	210
Beobachtete Ereignisse	210
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,73 - 98,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,20 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	151
Beobachtete Ereignisse	151
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,63 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,52 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	202
Beobachtete Ereignisse	202
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,79 - 98,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,13 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	146
Beobachtete Ereignisse	146
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 98,80%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,44 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,25 - 97,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,56 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,41 - 97,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,55 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	117
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,69%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,08 - 93,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,81 - 98,71%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID- 19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	122
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	75,31%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	82,89 - 83,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	68,13 - 81,31%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	95
Beobachtete Ereignisse	87
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	91,58%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,49 - 92,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,25 - 95,67%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung der Kennzahl	Ambulant erworbene Pneumonie Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	67
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,54%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,52 - 92,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,74 - 95,34%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ambulant erworbene Pneumonie Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,41 - 96,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,77 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	85
Beobachtete Ereignisse	85
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,77 - 96,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,68 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,62 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,77 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung der Kennzahl	Ambulant erworbene Pneumonie Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	85
Beobachtete Ereignisse	85
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,57 - 98,71%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,68 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ambulant erworbene Pneumonie Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	206
Beobachtete Ereignisse	206
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,69 - 96,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,17 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	147
Beobachtete Ereignisse	147
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,63 - 96,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,45 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,64
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,29 - 1,34
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	168
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,74
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,42 - 1,28
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,91
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,40 - 1,92
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	151
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	15,23%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,35 - 15,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	10,37 - 21,82%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).
Ergebnis-ID	232008_231900
Grundgesamtheit	210
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	20,48%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,92 - 17,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,57 - 26,44%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend
Ergebnis-ID	318
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,69 - 97,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen (Frühgeborene, Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	321
Grundgesamtheit	1831
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,21%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein
Ergebnis-ID	330
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,13 - 96,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
Ergebnis-ID	1058
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 - 0,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 11,35%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
Ergebnis-ID	50045
Grundgesamtheit	602
Beobachtete Ereignisse	602
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,94 - 99,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	99,37 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51397
Grundgesamtheit	1831
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (Frühgeborene wurden nicht miteinbezogen)
Ergebnis-ID	51803
Grundgesamtheit	1854
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	13,32
Ergebnis (Einheit)	0,45
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,32
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,21 - 0,98
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51831
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	7,63
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,11 - 25,35
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U32

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kaiserschnittgeburt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	52249
Grundgesamtheit	1893
Beobachtete Ereignisse	596
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,09
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,02 - 1,17
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen
Ergebnis-ID	181800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,09
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,23 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,37 - 3,19
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	183
Beobachtete Ereignisse	167
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	91,26%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74,11 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,23 - 88,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,27 - 94,55%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,35 - 8,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung der Kennzahl	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	172001_10211
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,06 - 14,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	79
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,64%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,47
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,13 - 1,68
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	322
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,80%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,19 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,90 - 3,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,48 - 5,23%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 1,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U32

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,53%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 44,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	19,41 - 20,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,83 - 14,62%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	61
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,21 - 98,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,10 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,30 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 - 0,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 22,80%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)
Ergebnis-ID	2190
Grundgesamtheit	195
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,02 - 0,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,50%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	2194
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,77
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,77 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,13 - 2,37
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 22,61
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,79
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,29 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,18
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,32 - 9,58
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,14%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,73 - 89,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,17 - 99,21%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	264
Beobachtete Ereignisse	260
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,48%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,23 - 95,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,17 - 99,41%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	7,14%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,50 - 1,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,09 - 15,66%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	60
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,43 - 98,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,98 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 1. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54141
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	59
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,33%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,51 - 96,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,14 - 99,71%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54142
Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,07 - 0,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,02%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54143
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 10,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,68 - 1,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,44$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,20%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	21,43%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	54,68 - 55,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	13,44 - 32,39%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,14%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,02 - 94,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,17 - 99,21%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51404
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,20$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52315
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 39,03%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,10 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,92%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	134
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,17
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,81 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,70
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	138
Beobachtete Ereignisse	137
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,28%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,58 - 97,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,01 - 99,87%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,02 - 93,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,11 - 10,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	168
Beobachtete Ereignisse	164
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,62%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,25 - 97,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,04 - 99,07%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,64
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,44$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,27 - 1,46
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,08%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,46
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,16 - 1,28
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,48 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,42 - 1,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,26 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,59 - 7,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,54 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,56 - 4,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,32 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,21 - 2,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,06 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,93
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,55 - 9,05
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Ergebnis-ID	54029
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,79 - 2,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,76%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,86 - 11,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,38
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,16 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,11 - 1,23
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,44
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,12 - 1,46
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,56
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,10 - 2,89
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54050
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,16 - 97,44%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,03 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52321
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,70%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 98,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,70 - 98,50%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H20

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,80\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,15 - 0,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 43,50%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,58 - 97,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,89 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	50055
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,37 - 92,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	69,90 - 97,21%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,96 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,24
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,71 - 91,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,46 - 99,29%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,88%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,02 - 96,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,30 - 99,14%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52325
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 - 0,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 16,11%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,72 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	131802
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,50 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 16,11%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	30,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	54,58 - 55,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	14,55 - 51,90%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	132001
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,51
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,63 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,26
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	132002
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 25,70
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51196
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,92 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,38
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52324
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,46 - 0,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	151800
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,90 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offenchirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	603
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,88 - 99,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,19 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offenchirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	604
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,59 - 99,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,28 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID	605
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
Ergebnis-ID	606
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,73 - 3,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11704
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,03
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,86 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,56 - 6,80
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen- chirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	11724
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,03
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,11 - 13,48
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51437
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,13 - 98,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51443
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 99,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID	51445
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,53 - 2,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51448
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,12 - 3,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offenchirurgisch
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
Ergebnis-ID	51859
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,63 - 3,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51860
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,20 - 4,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung der Kennzahl	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51865
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,29
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51873
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,80 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,22
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
Ergebnis-ID	52240
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,04 - 11,80%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind
Ergebnis-ID	161800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,94 - 4,57%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,40 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,44 - 4,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	94
Beobachtete Ereignisse	94
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,05 - 98,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,07 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	47

Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,87%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,17 - 97,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,89 - 99,62%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,01 - 94,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	146
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,95 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	144
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,38 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,12 - 1,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,60%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12,79 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,09 - 4,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	141
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,65%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Knieendoprothesen- Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
Ergebnis-ID	54128
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 98,27$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,73 - 99,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,73 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.
Ergebnis-ID	56000
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	50,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 29,31$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	59,52 - 59,96%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	35,20 - 64,80%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
Ergebnis-ID	56001
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,70%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 56,95 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	31,05 - 31,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,05 - 17,70%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt"
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56003
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	79,17%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 45,16 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	72,11 - 73,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	59,53 - 90,76%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt"
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56004
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 18,98 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,01 - 4,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 13,80%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ²
Ergebnis-ID	56005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,07
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,92
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,02 - 0,26
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 4.800 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ²
Ergebnis-ID	56006
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,46
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,08 - 1,85
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 5.500 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ²
Ergebnis-ID	56007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,11
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,06 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 0,94
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,04 - 0,32
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis-ID	56008
Grundgesamtheit	339
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,83 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,38 - 0,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,12%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56009
Grundgesamtheit	198
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,57 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,16 - 5,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,90%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56010
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 44,93 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,56 - 19,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Ergebnis-ID	56011
Grundgesamtheit	131
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 27,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,25 - 12,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,85%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis-ID	56014
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,36 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,63 - 93,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,68 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis-ID	56016
Grundgesamtheit	141
Beobachtete Ereignisse	134
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,04%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 89,23 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,41 - 94,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,11 - 97,57%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	13441
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,45
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,26 - 0,72
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	13441
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,10%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,06 - 0,17%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	13441
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,03%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog bzw. im Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

A41	= Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
A42	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A43	= unzureichend
A71	= Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)
A72	= Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
A99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D50	= Unvollzählige oder falsche Dokumentation
D51	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D80	= Unvollzählige oder falsche Dokumentation
D81	= Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
D99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
H20	= Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
H99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
N01	= Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
N02	= Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
N99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R10	= Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
S90	= Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
S91	= Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
S92	= Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
S99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U31	= Besondere klinische Situation
U32	= Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U33	= Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U34	= ausreichend
U61	= Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
U62	= Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
U63	= Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
U99	= Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Teilnahme
Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Ja
Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Nein
MRE	Ja

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

trifft nicht zu / entfällt

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP

Diabetes mellitus Typ 1

Diabetes mellitus Typ 2

Koronare Herzkrankheit (KHK)

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

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

Leistungsbereich: Endoprothesenversorgung Endoprothesenregister Deutschland (ERPD)

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden diverse Qualitätsindikatoren ermittelt. U.a. Komplikationsraten, Rehospitalisierungen, Lebensdauer der Implantate und viele weitere mehr
Ergebnis	unauffällig in Bezug auf die ausgewerteten Qualitätsindikatoren
Messzeitraum	Fortlaufend in Bezug auf die Implantatlebensdauer, 1 Jahr in Bezug auf Rehospitalisierungen, u.a.
Datenerhebung	Direkte Weiterleitung der Qualitätsdaten an das Endoprothesenregister Deutschland
Rechenregeln	Diverse, in den Veröffentlichungen des Endoprothesenregisters Deutschland einzusehen
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	

C-5 **Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 **Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Mindestmenge	50
Erbrachte Menge	100

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	8
Begründung	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es bis spätestens 31. Dezember 2017 diesen Leistungsbereich neu aufgebaut hat und ein Übergangszeitraum von 36 Monate eingeräumt wurde. (MM02)
Erläuterung zur Begründung	„Ein weiterer Umstand nach Satz 3 ist auch die COVID-19-Pandemie; § 4 Abs. 3 findet

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	21

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
---	----

Organsystem Ösophagus

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
---	----

Organsystem Pankreas

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
---	----

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020:	100
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	120

Organsystem Ösophagus

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020:	8
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	12

Organsystem Pankreas	
Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020:	21
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	26

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt	Nein

Organsystem Ösophagus	
Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt	Nein

Organsystem Pankreas	
Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt	Nein

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden	Nein

Organsystem Ösophagus	
Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden	Nein

Organsystem Pankreas	
Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (CQ01)

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	50
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	36
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	36

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahme tatbestände	Kommentar
Intensivmedizin	INT	Tagschicht	0,50%	6	Aufgrund der Corona-Pandemie war die Station als Coronastation im Einsatz. Die Versorgung von Patient:innen stand bei uns im Mittelpunkt, daher wurde weniger Wert auf die Führung von Personalzahlen gelegt.
Intensivmedizin	INT	Nachtschicht	0,58%	5	Aufgrund der Corona-Pandemie war die Station als Coronastation im Einsatz. Die Versorgung von Patient:innen stand bei uns im Mittelpunkt, daher wurde weniger Wert auf die Führung von Personalzahlen gelegt.
Kardiologie	N1C	Tagschicht	0,17%	10	Aufgrund der Corona-Pandemie war die Station als Coronastation im Einsatz. Die meldefreien Monate April bis Juli wurden die Personalzahlen nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten.

Pflege-sensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogen er Erfüllungs-grad	Ausnahme tat-bestände	Kommentar
Kardiologie	N1C	Nachtschicht	0,17%	10	Aufgrund der Corona-Pandemie war die Station als Coronastation im Einsatz. Die meldefreien Monate April bis Juli wurden die Personalzahlen nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten.
Geriatrie	N5C	Tagschicht	0,58%	5	Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die PPU in den meldefreien Monaten April bis Juli 2020 nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Daher konnte der Erfüllungsgrad nicht korrekt berechnet werden.
Geriatrie	N5C	Nachtschicht	0,58%	5	Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die PPU in den meldefreien Monaten April bis Juli 2020 nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Daher konnte der Erfüllungsgrad nicht korrekt berechnet werden.
Geriatrie	N6C	Tagschicht	0,75%	3	Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die PPU in den meldefreien Monaten April bis Juli 2020 nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Ab Juli 2020- Dezember 2020 war die Station geschlossen. Daher konnte der Erfüllungsgrad nicht korrekt berechnet werden.
Geriatrie	N6C	Nachtschicht	0,67%	4	Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die PPU in den meldefreien Monaten April bis Juli 2020 nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Ab Juli 2020- Dezember 2020 war die Station geschlossen. Daher konnte der Erfüllungsgrad nicht korrekt berechnet werden.

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflege-sensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht-bezogener Erfüllungs-grad	Kommentar
Intensiv-medizin	INT	Tagschicht	33,43%	Aufgrund der Corona-Pandemie war die Station als Coronastation im Einsatz. Die Versorgung von Patient:innen stand bei uns im Mittelpunkt, daher wurde weniger Wert auf die Führung von Personalzahlen gelegt.
Intensiv-medizin	INT	Nachtschicht	66,85%	Aufgrund der Corona-Pandemie war die Station als Coronastation im Einsatz. Die Versorgung von Patient:innen stand bei uns im Mittelpunkt, daher wurde weniger Wert auf die Führung von Personalzahlen gelegt.
Kardiologie	N1C	Tagschicht	11,51%	Aufgrund der Corona-Pandemie war die Station als Coronastation im Einsatz. Die meldefreien Monate April bis Juli wurden die Personalzahlen nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten.
Kardiologie	N1C	Nachtschicht	7,12%	Aufgrund der Corona-Pandemie war die Station als Coronastation im Einsatz. Die meldefreien Monate April bis Juli wurden die Personalzahlen nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten.
Geriatrie	N5C	Tagschicht	56,99%	Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die PPU in den meldefreien Monaten April bis Juli 2020 nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Daher konnte der Erfüllungsgrad nicht korrekt berechnet werden.
Geriatrie	N5C	Nachtschicht	53,97%	Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die PPU in den meldefreien Monaten April bis Juli 2020 nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Daher konnte der Erfüllungsgrad nicht korrekt berechnet werden.
Geriatrie	N6C	Tagschicht	66,58%	Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die PPU in den meldefreien Monaten April bis Juli 2020 nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Ab Juli 2020- Dezember 2020 war die Station geschlossen. Daher konnte der Erfüllungsgrad nicht korrekt berechnet werden.
Geriatrie	N6c	Nachtschicht	67,95%	Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die PPU in den meldefreien Monaten April bis Juli wurden die Personalzahlen nicht geführt, um die Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Ab Juli 2020- Dezember 2020 war die Station geschlossen. Daher konnte der Erfüllungsgrad nicht korrekt berechnet werden.

D Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich. In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Die Hygiene und die Sicherheit der Patient:innen haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen, wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen und Pandemien, wie zum Beispiel Corona, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements und insbesondere der Qualitätssicherung, um die definierte Qualität messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten. Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION Verbundes und der jeweiligen Einrichtung in einem digitalen Qualitätsmanagementhandbuch haben. Für alle Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expertenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Sie tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf. Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



Audits

Audits sind geplante, gezielte und unabhängige Bewertungen, in welchem Maße interne oder externe Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Erfüllungsgrad und ggf. Abweichungen werden von sog. Auditoren bewertet und dokumentiert.

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten analysieren wir die sog. *Kernprozesse* und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft.

Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung innerhalb festgelegter Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.

Risikomanagement

Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen seit vielen Jahren in einem anonymen Meldesystem auf Risiken, die sie in ihrem Alltag erleben, aufmerksam machen. Dieses Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhaften Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des Risikomanagementbeauftragten des Hauses werden die gemeldeten Situationen einer gründlichen Analyse unterzogen. Als Ergebnis werden Lösungsstrategien und Maßnahmen entwickelt, wie das entdeckte Risiko minimiert, vermieden oder in anderer Weise beherrscht werden kann. Abschließend werden die Veränderungen z. B. bei Prozessschritten oder Verantwortlichkeiten, an die betroffenen Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeiter:innen für Risiken zu sensibilisieren und diese rechtzeitig aufzudecken. Der offene Umgang mit dem Thema der möglichen Fehler hat bereits spürbar zu einer Sicherheitskultur im Unternehmen geführt. Unser Ziel ist, uns weiterzuentwickeln und noch achtsamer im Umgang mit Fehlern und Beinahe-Schäden zu sein.

Die Einhaltung der Patientensicherheit ist eine Grundvoraussetzung bei allen Prozessschritten. Wir setzen in unserem Haus in allen relevanten Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten im Rahmen des ambulanten und stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen. Das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen wollen wir mit der korrekten Anwendung der Standards ausschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich, teilweise im ambulanten Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten, zum Beispiel im OP, zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und –standards

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patientensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



TÜV Süd zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015. Das Zertifikat gültig bis zum 17.09.2020.



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



Kompetenz- und Referenzzentrum für Hernien Chirurgie (CAH) / DHG-Siegel Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie



RAL-Gütezeichen für stationäre Einrichtungen „Arterien und Venen“ vom RAL Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung



Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie zertifiziert von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein und Viszeralchirurgie e.V.

Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

Die Innovationsfähigkeit unserer Einrichtung zeichnet uns als modernen Gesundheitsdienstleister und attraktiven Arbeitgeber aus.

Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter:innen, aber auch unserer Kooperationspartner:innen und einweisenden Ärzt:innen. Deshalb führen wir regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen durch, z. B.:

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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

Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt die Bearbeitung komplexer Projekte, die verschiedenen Verantwortungsbereiche sowie bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen. Unter der Berücksichtigung der sechs AGAPLESION Kernwerte, erfolgt eine Werteorientierte Projektauswahl, Planung und Umsetzung.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2020 unter anderem die drei folgenden:

Einführung der Fachabteilung Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie

Im 2020 startete die neue Fachabteilung.

Im Vorfeld wurden die benötigten Infrastrukturen geplant, organisiert und investiert.

So konnte unser Behandlungsspektrum erweitert und patientenorientiert angepasst werden.

Digitalisierungsstrategie

Im Rahmen der Projekte Entlassungsmanagement und in der Zentrale Notaufnahme konnte der Digitalisierungsstand der Bereiche evaluiert werden.

Wie werden Daten erfasst? Welche Prozesse können verbessert werden?

Es konnten Erkenntnisse zur Verbesserung der Kommunikationswege und eine Optimierung der Prozesse erreicht werden.

Farbkonzept und Gestaltung in den AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL

Natürliche Gestaltung der Farben und Farbverläufe am Vorbild der Natur. Das Projekt konnte in 2019 gestartet werden und wurde in 2020 in den Fluren fortgeführt.

Das Farbkonzept ist auf das Krankenhaus abgestimmt und verbessert die Orientierung für Patient:innen und Besucher:innen, da es sich etagenweise aufbaut.

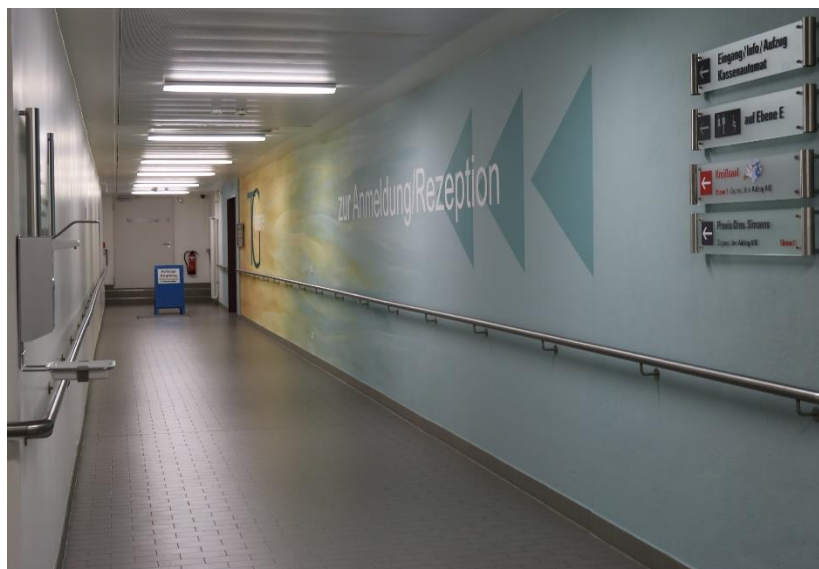


Abbildung 20: Farbgestaltung Zugang Ebene/Tiefgarage