INSTITUTIONEN FÖRSÄKRINGAR

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 1

Einleitung 2

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 2

A-0 Fachabteilungen 3

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 3

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 4

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 4

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 4

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 4

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 7

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 9

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 10

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 11

A-10 Gesamtfallzahlen 11

A-11 Personal des Krankenhauses 11

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 13

A-13 Besondere apparative Ausstattung 25

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 26

B-[1] Medizinische Klinik 26

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 27

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel 27

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 27

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 27

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 27

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 34

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 34

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD 34

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 35

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 35

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 37

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren 37

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 37

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 39

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 40

B-[1].11 Personelle Ausstattung 40

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen 40

B-[1].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 40

B-[1].11.1 Zusatzweiterbildung 40

B-[1].11.2 Pflegepersonal 41

B-[1].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 41

B-[1].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 42

B-[2] Chirurgische Klinik 43

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 43

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel 43

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 43

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 43

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 44

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 48

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 48

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD 48

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 49

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 50

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 51

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 52

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 53

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 53

B-[2].11 Personelle Ausstattung ... 54

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 54

B-[2].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung ... 54

B-[2].11.1 Zusatzweiterbildung ... 54

B-[2].11.2 Pflegepersonal ... 54

B-[2].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ... 55

B-[2].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 56

B-[3] Anästhesiologie/Intensivmedizin ... 56

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 57

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 57

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 57

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ... 57

B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 57

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 58

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 58

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 58

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 58

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 58

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 59

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 60

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 60

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 60

B-[3].11 Personelle Ausstattung 60

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen 60

B-[3].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 61

B-[3].11.1 Zusatzweiterbildung 61

B-[3].11.2 Pflegepersonal 61

B-[3].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 62

B-[3].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 63

C Qualitätssicherung 63

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 63

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 116

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 116

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr 116

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 117

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 118

Vorwort

Das Israelitische Krankenhaus in Hamburg - Menschliche Zuwendung und hochmoderne Spitzenmedizin

Das Israelitische Krankenhaus in Hamburg (IK) ist ein in höchstem Maße leistungsfähiges, interdisziplinär vernetztes Krankenhaus von überregionaler Bedeutung. Unser Schwerpunkt ist die Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane - insbesondere auch bei Tumorerkrankungen. Das IK ist das **einzige anerkannte viszeralmedizinische Zentrum der Stadt Hamburg.**

Medizinische Höchstleistungen verbinden wir mit einer fachlich und menschlich herausragenden pflegerischen Betreuung. Die Grundlage für unser Handeln ist die Philosophie unseres Stifters Salomon Heine: "Menschenliebe ist die Krone aller Tugenden". Das Israelitische Krankenhaus in Hamburg, das zweitälteste Krankenhaus der Stadt, ist seit nunmehr 175 Jahren offen für alle Patienten - unabhängig von Konfession, Nationalität oder Hautfarbe. Jährlich lassen sich hier etwa 8.600 Patienten stationär sowie 6.600 Patienten ambulant behandeln.
Mit dem vorliegenden Bericht stellen wir Ihnen unser Haus vor. Format und Struktur des Berichtes sind durch gesetzliche Regelungen vorgegeben. Die hierdurch begrenzte Darstellung unserer Leistungsangebote im formalen Berichtsteil möchten wir mit dieser Einleitung ergänzen. Weitergehende Informationen finden Sie auf unserer Website.
Die hohen Standards unseres Hauses belegen u.a. die **Erhebungen des Hamburgischen Krebsregisters bei Magen- und Darm-Tumoren**. Bei den in den Jahren 2011 bis 2018 diagnostizierten Fällen von Darmkrebs liegt die relative 5-Jahres-Überlebensquote am IK bei 81 Prozent gegenüber 62 Prozent im Hamburger Durchschnitt. Beim Magenkrebs beträgt die relative 5-Jahres-Überlebensquote bei 46 Prozent gegenüber 34 Prozent im Hamburger Durchschnitt.
Eine aktuelle **Studie des F.A.Z.-Instituts (Faktenkontor) der Frankfurter Allgemeinen Zeitung** hat sowohl die Qualitätsberichte der Krankenhäuser (Stand 2016) als auch drei Patienten-Bewertungsportale - Weisse Liste, TK-Klinikführer, Klinikbewertungen.de (Stand Februar 2018) und Online-Befragungen von Krankenversicherten als Datenbasis ausgewertet. Dabei landet das IK auf Platz 54 von fast 2600 geprüften Krankenhäuser, liegt also bei den Top 2%. Beim Vergleich der allgemeinen Krankenhäuser Hamburgs liegt das IK auf Platz 1.
All diese erfreulichen Zahlen sind uns Ansporn, unseren Patienten auch weiterhin Behandlung und Pflege auf höchstem Niveau zu bieten. Für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter steht der Patient im Mittelpunkt. Den Erfolg unserer Arbeit bestätigt der vorliegende Qualitätsbericht.
Das IK gehört zu den wenigen Kliniken deutschlandweit, die sich regelmäßig für das Zertifikat "**Kundenorientiertes Beschwerdemanagement**" des unabhängigen Hamburger Instituts für Beschwerdemanagement zertifizieren lassen. Seit 2007 fassen wir alle Rückmeldungen unserer Patienten in einem Beschwerdebericht zusammen, der auf unserer Website heruntergeladen werden kann. Unser Risikomanagement haben wir 2013 durch Systeme zur Erfassung und Bewertung von (beinahe-) Ereignisse (unter anderem CIRS) erweitert. Auf Initiative aus dem IKwurde das weltweit erste nationale CIRS für die Endoskopie des Magen-Darm-Traktes entwickelt (www.dgvs-cirs.de). Zur Minimierung von Risiken bei der Arzneimitteltherapie begannen wir 2014 mit der Etablierung einer Verordnung- und Überwachungssoftware, die es uns auch ermöglicht, unseren Patienten **Medikamentenpläne nach dem Standard des Aktionsbündnisses für Patienten- sicherheit** mitzugeben. Seit 2017 führt unsere Apothekerin zusätzlich regelmäßige Arzneimittel-Visiten durch, um in der direkten Interaktion mit den Stationsärzten die Therapiesicherheit durch die pharmakologische Fachkompetenz weiter zu steigern. 2018 haben wir begonnen, durch ein **Antibiotic Stewardship-Programm** unsere günstige Ausgangslage bezüglich resistenter Keim auch für die Zukunftzu sichern.
2004 wurde das IKH erstmalig nach KTQ zertifiziert. Seit 2015 besteht eine Zertifizierung nach DIN EN ISO9001:2008. Das IK war 2017 eines der ersten Krankenhäuser, das **nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert** wurde. Diese Norm leget einen besonderen Schwerpunkt auf Risikomanagement und Wissensmanagement.
Mitarbeiter des Israelitischen Krankenhauses engagieren sich in qualitätsorientierten Aufgaben außerhalb des Krankenhauses. Beispiele sind das Fachgremium Dekubitus der externen Qualitätssicherung (EQS), die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sowie die (teilweise federführende) Beteiligung an mehreren aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften.

Medizinische Klinik
Die Medizinische Klinik verfügt über 73 Betten auf 4 Stationen und der interdisziplinären Intensivstation. Im Jahr 2018 wurden 5.100 Patienten stationär und ca. 4.300 Patienten ambulant behandelt.
Die Medizinische Klinik besitzt einen hervorragenden Ruf als spezialisierte Klinik für die Behandlung internistischer Erkrankungen. Besondere Schwerpunkte sind Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, von Leber und Bauchspeicheldrüse (Gastroenterologie), Hormon- und Stoffwechselstörungen (Endokrinologie) sowie die umfassende Behandlung von Tumorleiden (Onkologie).
Zur Diagnostik und Behandlung der Erkrankungen der Verdauungsorgane setzen wir hochspezialisierte endoskopische, sonographische und funktionsdiagnostische Untersuchungsverfahren ein. Viele davon werden bundesweit bisher erst an wenigen Zentren angeboten. Unser umfassender Behandlungsansatz beinhaltet eine differenzierte Ernährungstherapie und ein engagiertes Palliativ-Team.
Mit 8800 Untersuchungen ist die Endoskopie eine wesentliche Säule in Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Verdauungstraktes. Die jährlich ca. 2800 endoskopischen Eingriffe beinhalten u.a. die endoskopische Therapie von Frühkarzinomen des Magen-Darm-Traktes, Eingriffe an den Gallenwegen und Bauchspeicheldrüse sowie Hitzebehandlung bei Lebermetastasen.

Chirurgische Klinik
Die Chirurgische Klinik verfügt über 66 Betten auf vier Stationen und der interdisziplinären Intensivstation. Pro Jahr werden über 3.500 Patienten stationär behandelt und ca. 3.800 Operationen durchgeführt. Es liegt eine Spezialisierung für Erkrankungen des Bauchraumes vor, wobei der Bauch schon mit der Speiseröhre anfängt. Außerdem gehören die Schilddrüse und auch die Lunge dazu.
Die häufigsten Operationen werden bei Leistenbrüchen (850 pro Jahr), Dickdarmerkrankungen (600), Gallensteinen (600), Sodbrennen (180), Schilddrüsen- (100) und Magenerkrankungen (100) sowie in der Proktologie (350) durchgeführt. Weitere Operationen wurden an Lunge (60), Speiseröhre (50), Leber (45), Bauchspeicheldrüse (90) und bei Weichteilsarkomen (40) durchgeführt. Mit diesen Zahlen sind wir im Vergleich mit anderen Hamburger Krankenhäusern oftmals führend.

Anästhesie und Intensivmedizin
Bei diagnostischen oder operativen Eingriffen, die in Narkose durchgeführt werden, betreuen erfahrene Fachärzte unsere Patienten. Sie sorgen für einen sicheren Schlaf bei der Vollnarkose (Allgemeinanästhesie) und völlige Schmerzfreiheit bestimmter Körperregionen während der Operation bei einer Teilnarkose (Regionalanästhesie).
Machen die Schwere der Erkrankung oder Vorerkrankungen eine intensive Nachbetreuung oder Therapie notwendig, so werden Patienten auf unserer Interdisziplinären Intensivstation (8 Betten) solange versorgt, bis sich ihr Gesundheitszustand wieder stabilisiert hat.
Eine gute Schmerzbehandlung in der postoperativen Phase verbessert den Erfolg einer Operation deutlich. Wir bieten unseren Patienten daher nach größeren Operationen eine wirksame Schmerztherapie an. Bei uns werden hierfür hauptsächlich Katheterverfahren zur Schmerztherapie eingesetzt (ein sogenannter Periduralkatheter - PDK). Eine weitere Möglichkeit stellt die vom Patienten gesteuerte

Schmerzpumpe (PCA) zur postoperativen Schmerztherapie dar. Diese ermöglicht dem Patienten, sich bei Bedarf selbst ein hochwirksames Schmerzmedikament über die Vene zu verabreichen.

Pflegedienst
Neben der pflegerischen Versorgung auf den Stationen erbringen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes in den Funktionsbereichen, wie im OP, auf der Intensivstation, in der Endoskopie und im Aufnahme- und Ambulanzbereich entscheidende Leistungen für unsere Patienten. Hoch qualifizierte und menschlich zugewandte Mitarbeiter sichern die medizinisch-pflegerische Versorgung rund um die Uhr.
Vorgaben der Hamburger Berufsordnung zur Fortbildung von Pflegekräften wurden von unseren Mitarbeitern auch 2018 wieder deutlich übertroffen: Unsere Mitarbeiter erreichten im Durchschnitt doppelt so viele Fortbildungspunkte wie von der Berufsordnung vorgeschrieben. Durch umfangreiche, freiwillige Audits nach ISO-Standard ist gewährleistet, dass die Pflege am Israelitischen Krankenhaus nach höchsten Qualitätsstandards erfolgt. Insbesondere die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten Standards zur Vermeidung von Druckgeschwüren und Patientenstürzen werden in vollem Umfang erfolgreich umgesetzt. Deutlich wird dies durch eine sehr geringe Sturzquote von 1,84 Stürzen pro 1000 Krankenhausbehandlungstage und einer vom BQS-Institut (Institut für Qualität und Patientensicherheit) ermittelten Rate von neu entstandenen Druckgeschwüren, die 2018 24% unter der zu erwartenden Rate lag. Zur Ermittlung der Rate werden bestimmte Risikofaktoren, wie z.B. Diabetes mellitus, Demenz, Beatmungsstunden, Unter- und Übergewicht und verschiedenste schwere Erkrankungen herangezogen, da die Entstehung eines Druckgeschwürs unter bestimmten Gegebenheiten nicht immer zu verhindern ist. Unsere Patienten dürfen somit darauf vertrauen, von exzellent ausgebildeten und hoch motivierten Mitarbeitern gepflegt zu werden.

Hygiene und Infektionsschutz
Ein wichtigeres Thema für uns und unsere Patienten ist der Schutz vor Keimen, die widerstandsfähig (resistent) gegen Antibiotika sind. Seit 2007 führt das Israelitische Krankenhaus ein Screening auf MRSA-Besiedlung durch. Hierdurch konnten wir erfolgreich die Keim-Träger und die Mitpatienten vor einer Erkrankung durch MRSA schützen. Andere resistente Keime (z. B. MRGN, VRE) haben in den letzten Jahren in Deutschland an Bedeutung gewonnen. Bis zu 8% der Bevölkerung tragen resistente Keime im Darm. Durch kontinuierliche Schulung unserer Mitarbeiter, durch regelmäßige Überprüfung unseres Handelns in behördlichen Begehungen und internen Audits sowie durch ein effizientes internes Frühwarnsystem konnten wir dieser Entwicklung ebenfalls erfolgreich begegnen. Eine Infektion ist bei unserem Behandlungsschwerpunkt mit mehreren tausend Eingriffen am intensiv bakterien-besiedelten Darm nicht mit absoluter Sicherheit auszuschließen. Trotz dieses eingriffsspezifischen Risikoprofils sind Wund- und andere Infektionen in IK sehr deutlich unter den Zielwerten des Robert-Koch-Institutes.

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. Peter Layer, Ärztlicher Direktor
Telefon:	040 51125 5001
Fax:	040 51125 5009
E-Mail:	med@ik-h.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dr. Ulrich Rosien, Leitender Arzt in der Medizinischen Klink; Beauftragter der obersten Leitung im Qualitätsmanagement
Telefon:	040 51125 5010
Fax:	040 51125 5011
E-Mail:	u.rosien@ik-h.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.ik-h.de/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.ik-h.de/

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Medizinische Klinik
2	Hauptabteilung	1500	Chirurgische Klinik
3	Nicht-Bettenführend	3790	Anästhesiologie/Intensivmedizin

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Israelitisches Krankenhaus in Hamburg
PLZ:	22297
Ort:	Hamburg
Straße:	Orchideenstieg
Hausnummer:	14
IK-Nummer:	260200284
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.ik-h.de/

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. Peter Layer, Ärztlicher Direktor und Direktor der Med. Klinik
Telefon:	040 51125 5001
Fax:	040 51125 5009
E-Mail:	med@ik-h.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Kaufmännischer Direktor Marcus Jahn, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	040 51125 6000
Fax:	040 51125 6001
E-Mail:	m.jahn@ik-h.de

Leitung:	Ärztliche Leitung

Name/Funktion:	Prof. Dr. Carsten Zornig, Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Direktor der Chirurgischen Klink
Telefon:	040 51125 5101
Fax:	040 51125 5102
E-Mail:	c.zornig@ik-h.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Pflegedirektorin Julia Petersen, Pflegedienstleitung
Telefon:	040 51125 7000
Fax:	040 51125 6001
E-Mail:	j.petersen@ik-h.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

	INSTITUTIONSKENNZEICHEN
1	260200284

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Stiftung Israelitisches Krankenhaus in Hamburg
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1	Akademische Lehre und wissenschaftliche Fortbildung Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
	dauerhafte Kunstaustellung auf den Stationsfluren
2	Sozialdienst
	Entlassungsmanagement, Angehörigenberatung, Pflegeüberleitung, Rehaberatung, Beratung über Anschlussheilbehandlung, Sprechstunde
3	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
	siehe Sozialdienst MP63, externe Kooperation mit der Angehörigenschule
4	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
	siehe MP33 Präventive Leistungsangebote
5	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
	Onkopsychologie, psychologischer Dienst
6	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
	Rückenschule, Ernährungsberatung siehe auch MP14
7	Schmerztherapie/-management
	Schmerzdienst mit ausgebildeten Pain Nurses
8	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
	siehe Sozialdienst MP63, externe Kooperation mit Sanitätshaus
9	Stomatherapie/-beratung
	Stomatherapeutin, Stomaberatung
10	Sporttherapie/Bewegungstherapie
	in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen
11	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
	Stomatherapeuten/-innen, Wundexpertinnen und -experten, Schmerzdienst, Palliativdienst, Pflegeexperte für Menschen mit Demenz
12	Spezielle Entspannungstherapie
	Progressive Muskelentspannung
13	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
	in Kooperation
14	Fußreflexzonenmassage
	in Kooperation
15	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
	Pflegesystem: Bereichspflege, siehe auch MP63
16	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
	Unser Schwerpunkt liegt auf den Kontinenzstörungen des Darmes, Kooperation mit einem externen Dienstleister bei der Nachversorgung in der Inkontinenzversorgung
17	Kinästhetik
	Kinästhetikschulung, Grundkurs, Trainerin
18	Diät- und Ernährungsberatung
	Das Ernährungsteam umfasst qualifizierte Ärzte, DiätassistentInnen sowie OecothropologInnen. Jeder Patient erfährt ein Screening auf Ernährungsmängel, dem ggf. Beratung und gezielte Maßnahmen folgen.
19	Ergotherapie/Arbeitstherapie
	in Kooperation
20	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
	siehe Sozialdienst MP63
21	Physikalische Therapie/Bädertherapie
	in Kooperation mit physiotherapeutischer Praxis, kinesiologisches Taping
22	Musiktherapie
	Musiktherapie (durch einen externen Spezialisten) ist fester Bestandteil unseres Behandlungsangebotes an Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (Palliativmedizin)
23	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
	in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen
24	Manuelle Lymphdrainage
	in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen
25	Medizinische Fußpflege
	in Kooperation
26	Massage
	in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen
27	Eigenblutspende
	Eigenblutspende ist möglich vor größeren Operationen, die zeitlich geplant werden können, nicht jedoch bei bösartigen Erkrankungen
28	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
	Kooperationspartnerin mit Praxis im Israelitischen Krankenhaus
29	Akupunktur
	Akupunktur wird vorwiegend eingesetzt im Rahmen der qualifizierten Schmerztherapie
30	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
	Angehörigenberatung, externe Kooperation mit der Angehörigenschule
31	Aromapflege/-therapie
	Eine Mitarbeiterin verfügt über eine Weiterbildung in Aromatherapie.
32	Atemgymnastik/-therapie

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
	Atemgymnastik ist Teil der Physikalischen Therapie, die bei bestimmten Operationen auch vorbeugend eingesetzt wird
33	Biofeedback-Therapie
	Die Diagnostik vor Biofeedbacktraining erfolgt durch Mitarbeiter des Krankenhauses. Die ambulante Durchführung erfolgt mit einem festen Kooperationspartner
34	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	Eine Palliativ Care Team aus; qualifizierten Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Sozialdienst, Seelsorge, PT/KG, Gesprächs- und Musiktherapeuten betreut Sterbende auf den Stationen. Es besteht ein enge Zusammenarbeit mit dem unmittelbar benachbarten Hospiz
35	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
	siehe Sozialdienst MP63
36	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
	Selbsthilfegruppe Darmkrebs und Angehörigenschulung in Hamburg. Die Gruppe trifft sich im Israelitischen Krankenhaus, regelmäßig jeden zweiten Montag im Monat von 18.00 - 20.00 Uhr. Kontakt über KISS Hamburg Selbsthilfe-Telefon Mo - Do 10.00 -- 18.00 Uhr, Telefon.: 040/ 39 57 67
37	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
	siehe Sozialdienst MP63
38	Wärme- und Kälteanwendungen
	in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen
39	Wundmanagement
	Wundexperten/-innen ICW, Wundteam

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	Je nach freier Bettenkapazität ist auf Anfrage eine generelle Unterbringung einer Begleitperson möglich. Bei medizinisch notwendiger Aufnahme einer Begleitperson sollte dies mit der Krankenversicherung im Vorfeld geklärt werden und eine Genehmigung der Kosten eingeholt werden.
4	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
	ehrenamtlicher Dienst der "Grünen Damen", zurzeit sind 10 Damen tätig.

	LEISTUNGSANGEBOT
5	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
	Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Zur Absprache weiterer Möglichkeiten berät unser Ernährungsteam.
	vegetarische Küche, täglich schweinefleischfreies Gericht
6	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
	Selbsthilfegruppe Dickdarm- und Enddarmkrebs www.kiss-hh.de Telefon 040/39 57 67 (montags bis donnerstags 10:00-18:00 Uhr)
7	Seelsorge
	In Kooperation mit dem evangelisch-lutherischen Kirchenkreisverband Hamburg, Gemeinde Alsterdorf. Auf Wunsch kann auch ein Pfarrer der katholischen Kirche oder ein Rabbiner gerufen werden.
8	Telefon am Bett
	Kosten pro Tag: 3,9 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €
	Flatrate: enthält TV, Radio, Internet und Telefon (Deutschland/Festnetz und Mobil). Pay-TV (SKY) ist zusätzlich buchbar.
9	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 3,9 €
	Flatrate: enthält TV, Radio, Internet und Telefon (Deutschland/Festnetz und Mobil). Pay-TV (SKY) ist zusätzlich buchbar. Siehe Punkt 8.
10	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
	je Station
11	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	Max. Kosten pro Stunde: 2 € Max. Kosten pro Tag: 10 €
	Parkdeck: erste Stunde kostenlos, je weitere angefangene Stunde 2,00€, ab 18:00 Uhr 1,00€, max. 10,00€ pro Tag
12	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
	Wertfach je Patientenschrank. Bitte lassen Sie Ihre Wertsachen -wenn möglich- zu Hause. Eine Hinterlegung ist dennoch kostenlos möglich. Für den Verlust von nicht hinterlegten Wertsachen können wir keine Haftung übernehmen.
13	Andachtsraum
	"Raum der Stille", Gebets- und Andachtsraum und separater Abschiedsraum

	LEISTUNGSANGEBOT
14	Rundfunkempfang am Bett *Kosten pro Tag: 0 €* *siehe Punkt 8 und 9*
15	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer *Kosten pro Tag: 3,9 €* *Flatrate: enthält TV, Radio, Internet und Telefon (Deutschland/Festnetz und Mobil). Pay-TV (SKY) ist zusätzlich buchbar. Siehe Punkt 8 und 9*
16	Abschiedsraum
17	Hotelleistungen *Werden angeboten, bitte zusätzlich anfragen.*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
2	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
3	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin *Kann bei Bedarf hinzugezogen werden.*
7	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) *Bettenverlängerung für Übergrößen vorhanden, Betten für stark übergewichtige Personen werden angemietet, alle Betten sind mehrfach elektrisch verstellbar*
8	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße *in Kooperation*
9	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten *Toilettenstuhl, Körperwaage, Blutdruckmanschette vorhanden, Schwerlastbetten und Hilfsmittel in Kooperation*
10	Diätetische Angebote *In Absprache mit dem Ernährungsteam.*
11	Dolmetscherdienst *durch Mitarbeiter im Haus (afghanisch, arabisch, dänisch, französisch, griechisch, italienisch, niederländisch, norwegisch, polnisch, russisch, schwedisch, spanisch, tagalog/filipino, türkisch) und durch externe Dolmetscherdienste möglich*
12	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
	siehe BF25
13	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
	auch in der Endoskopie und Sonographie
14	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
15	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
16	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
	Patientenbetten, Patientenlifter, weitere Hilfsmittel können ggf. über einen externen Anbieter angefordert werden
17	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
18	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden
	Raum der Stille

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
2	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
	PJ-Plätze je Tertial Anästhesiologie: 1 Chirurgie: 6 Innere Medizin: 8
3	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
4	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
	Prof. Dr. P. Layer, Prof. Dr. C. Zornig, PD Dr. J. Keller, Fachbereich Medizin am Universitätsklinikum Eppendorf. PD. Dr. Freitag, Fachbereich Anästhesiologie am Universitätsklinikum Eppendorf
5	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
6	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
	Publikationslisten zum Download: https://www.ik-h.de/ueber-uns/forschung-lehre/publikationslisten-zum-download-wissenschaftliche-auszeichnungen/
7	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
8	Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
	Die Ausbildung findet in Kooperation mit der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Hamburg gGmbH statt. Die Ausbildungsdauer beträgt 3 Jahre. https://www.pflegeschule-hamburg.de/fuer-interessierte/ota-ausbildung.html
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	In Kooperation mit der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Hamburg gGmbH bildet das IK jährlich 5 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen aus. Die Ausbildungsdauer beträgt 3 Jahre. https://www.pflegeschule-hamburg.de/fuer-interessierte/pflegeausbildung.html
3	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
	Die Ausbildung findet in Kooperation mit der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Hamburg gGmbH statt. Die Ausbildungsdauer beträgt 3 Jahre. https://www.pflegeschule-hamburg.de/fuer-interessierte/ata-ausbildung.html

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten:	147

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	8575
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	3219

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	57,53	57,53	0,00	0,00	57,53
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	35,08	35,08	0,00	0,00	35,08
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0				

Abkürzungen:
Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	170,21 10,29	157,03 10,29	13,18 0,00	0,00 0,00	170,21 10,29
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,40 0,00	0,40 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,40 0,00
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,91 0,08	1,91 0,08	0,00 0,00	0,00 0,00	1,91 0,08
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,73 0,00	1,73 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,73 0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,61 3,06	5,61 3,06	0,00 0,00	0,00 0,00	5,61 3,06
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,16 0,00	4,16 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	4,16 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,29 0,00	5,29 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	5,29 0,00

Abkürzungen:
Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	2,13	2,13	0,00	0,00	2,13
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	6,40	6,40	0,00	0,00	6,40
Musiktherapeut und Musiktherapeutin	0,25	0,00	0,25	0,00	0,25

Oecotrophologe und Oecothrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,65	0,90	1,75	0,00	2,65
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	1,55	1,21	0,34	0,00	1,55
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	1,55	1,55	0,00	0,00	1,55
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	1,26	1,00	0,26	0,00	1,26
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	6,30	6,30	0,00	0,00	6,30

Abkürzungen:
Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Dr. Ulrich Rosien, Leitender Arzt in der Medizinischen Klinik; Leiter Endoskopie;
Telefon:	040 51125 5010
Fax:	040 51125 5011
E-Mail:	u.rosien@ik-h.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:	Ja

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	gesamtes Krankenhaus
Tagungsfrequenz des Gremiums:	wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Medizinische Klinik; Chirurgische Klinik; Anästhesie; Pflegedienst; Verwaltung
Tagungsfrequenz des Gremiums:	wöchentlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechselungen, VA Patientenidentifikation Endoskopie, Workflow Sichere Patientenidentifikation in der Aufnahme, VA Patientenidentität OP/ Anästhesie *Letzte Aktualisierung: 14.03.2017*
2	Klinisches Notfallmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Notfalldokumente (Checklisten, Formulare) *Letzte Aktualisierung: 01.04.2017*
3	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen *Letzte Aktualisierung: 01.09.2016*
4	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
5	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Reparaturformular Medizintechnik *Letzte Aktualisierung: 01.01.2016*
6	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
7	Schmerzmanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitfaden:Empfehlung zur SchmerztherapieAutor: PD Dr. M. Freitag; Dr. J-H Stork *Letzte Aktualisierung: 01.01.2015*
8	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP postoperative Überwachung auf den Normalstationen* *Letzte Aktualisierung: 25.09.2017*
9	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH *Letzte Aktualisierung: 01.01.2016*
10	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH* *Letzte Aktualisierung: 01.01.2016*
11	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
12	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe (basierend auf dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe)* *Letzte Aktualisierung: 01.06.2016*
13	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH *Letzte Aktualisierung: 01.01.2016*
14	Mitarbeiterbefragungen
15	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
16	Sturzprophylaxe *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Sturzprophylaxe (basierend auf dem Expertenstandard Sturzprophylaxe)* *Letzte Aktualisierung: 29.09.2017*
17	Entlassungsmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Sozial und EntlassmanagementSOP Entlassungsmanagement in der Pflege *Letzte Aktualisierung: 12.01.2016*

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

☑	Qualitätszirkel
☑	Tumorkonferenzen
☑	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☑	Pathologiebesprechungen

☑	Palliativbesprechungen
☐	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem *Intervall: monatlich*
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen *Intervall: monatlich*
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor *Letzte Aktualisierung: 13.10.2016*

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	CIRS; Fehlermeldeformulare; Risikochecklisten sowie definierter Prozess zur Patientensicherheit.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

	BEZEICHNUNG
2	EF00: Aktionsbündnis Patientensicherheit
3	EF00: CIRS-Endoskopie der DGVS

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	jährlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1[1)]
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3[2)]
Hygienefachkräfte (HFK)	2[3)]
Hygienebeauftragte in der Pflege	12[4)]

[1)] Seit 2007 Beratung durch externen Krankenhaushygieniker und eine Infektiologen mit 24-Std. Erreichbarkeit
[2)] Ein Arzt/Ärztin pro Fachabteilung
[3)] Vertretungsregelung durch externe Hygienefachkraft
[4)] Die Hygienebeauftragten sind organisiert in regelmäßig tagenden Hygienezirkeln

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	quartalsweise

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. Ulrich Rosien, Leitender Arzt in der Medizinischen Klinik
Telefon:	040 51125 5001
Fax:	040 51125 5011
E-Mail:	u.rosien@ik-h.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/ Patiententag):	32
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	112

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:	Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)
	Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen *Name: Gründungs-Mitglied des Hamburger Netzwerk "Multiresistente Erreger"*
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten *Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: http://www.hkgev.de/hygiene.html*
5	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen *Mindesten 1 x jährliche Teilnahme an einer Hygienefortbildung ist Teil der Fortbildungspflichtenmatrix des Israelitischen Krankenhauses*

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. *Beschwerdebeauftragte, Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden, zertifizierteskundenorientiertes Beschwerdemanagement (HIfB)*	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). *Halbjährliche und jährliche Auswertung.*	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. *Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement*	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. *Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement*	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. *24 Stunden*	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. *http://www.ik-h.de/patienten-service/beschwerdemanagement-lob-kritik.html* *Beschwerdebeauftragte (freigestellt mit Aufgabenbeschreibung)*	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. *Verbraucher Zentrale Hamburg; Herr Kranich*	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden *http://www.ik-h.de/fileadmin/mediapool/pdf/Beschwerdeanzeige_2014.pdf* *Formular und Internet*	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
	http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de/patientenzufriedenheit/	
	Patientenbefragung im Hamburger KrankenhausspiegelLiegen von den Krankenkassen vor.	
10	Einweiserbefragungen	Ja
	3 Jähriger Tonus Einweiserbefragungen	

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Birgit Steffens, Beschwerdebeauftragte
Telefon:	040 51125 6110
Fax:	
E-Mail:	beschwerdemanagement@ik-h.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Christoph Kranich;, Verbraucherzentrale Hamburg Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz
Telefon:	040 24832 132
Fax:	040 24832 2132
E-Mail:	Kranich@vzhh.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Arzneimitteltherapiesicherheit ist uns eine wichtige Aufgabe, über deren Komplexizität wir uns bewusst sind. Oft kommen unsere Patienten mit einer breiten Medikation, die durch verschiedene (Fach-)Ärzte in der ambulanten Behandlung initiiert wurde. Unverträglichkeiten der Medikamente und Interaktionen nehmen mit der Zahl der verordneten Substanzen aber auch mit Lebensalter und Funktionsstörungen von Niere und Leber zu. Seit 2014 verwenden wir ein Computerprogramm (RpDoc), dass die verordneten Medikamente auch unter Berücksichtigung von Alter und Organfunktionen sowie aktuellen Warnhinweisen (sog. Rote Hand Briefe) analysiert. Darüberhinaus überrüft eine externe Fach-Apothekerin regelmäßige die Arzneimittelverordnungen auf den Stationen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der regelmäßig aktualisierte Antibiotikaleitfaden und seit 2018 die Etablierung eines systematischen Antibiotic Stewardship (ABS).

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	16
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	8
Erläuterungen:	Es besteht ein längjährige Kooperation mit einer großen Lieferapotheke. Diese stellt für die Betreuung des Krankenhauses 1 Apotheker bereit. Die Apotheke ist 24-Std. 7 Tage pro Woche erreichbar.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	SOP zur guten Verordnungspraxis *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
5	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
6	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
7	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
8	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
9	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu 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)
☐	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
☑	Sonstiges

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

☑	Fallbesprechungen
☑	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
☑	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
☐	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)
☐	Andere

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

☑	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
☑	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
☑	Aushändigung des Medikationsplans
☑	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
☐	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
	Videokamera in der Größe einer Antibiotikatablette, die 2 Aufnahmen pro Sekunde an einen Recorder sendet, der später ausgewertet wird.		
2	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
	24-h-Verfügbarkeit in radiologischer Praxis auf dem Klinikgelände (mehr als 6000 ambulante und stationäre Untersuchungen in der Praxis)		
3	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
	Radiofrequenzablation bei bösartigen Tumoren (Metastasen) in der Leber und in den Gallenwegen UND Argonplasmakoagulation im Verdauungstrakt (letzteres 24 Std. verfügbar)		
4	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
5	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
	Neurologische Praxis auf dem Klinikgelände in Kooperation		
6	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
	auf dem Klinikgelände in Kooperation		
7	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
	Auf unserer interdisziplinären Intensivstation besteht jederzeit die Möglichkeit zur kontinuierlichen Hämodialyse.		
8	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
	Radiofrequenzablation bei bösartigen Tumoren (Metastasen) in der Leber und in den Gallenwegen		
9	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	24-h-Verfügbarkeit in der radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände (mehr als 6500 Untersuchungen an ambulanten und stationären Patienten in der Praxis)		
10	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
	Angiographien sind sowohl in der radiologischen als auch kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände verfügbar		
11	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Nein
	Linksherzkatheterlabor in der kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände		

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Medizinische Klinik

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik
Straße:	Orchideenstieg
Hausnummer:	14
PLZ:	22297
Ort:	Hamburg
URL:	http://www.ik-h.de/medizinische-klinik.html

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Peter Layer, Ärztlicher Direktor und Direktor der Medizinischen Klinik
Telefon:	040 51125 5001
Fax:	040 51125 5009
E-Mail:	med@ik-h.de
Adresse:	Orchideenstieg 14
PLZ/Ort:	22297 Hamburg
URL:	http://www.ik-h.de/medizinische-klinik.html

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Interventionelle Radiologie *In ausgewählten Situationen muss z.B. die Gallenflüssigkeit oder eine Entzündung nach außen abgeleitet werden. Diese Interventionen führen wir unter radiologischer Durchleuchtungskontrolle und Sonographie durch.*
2	Spezialsprechstunde *Sprechstunde für Endosonographie und interventionelle Endoskopie. Vorstationäre und Privat-Sprechstunde für besondere gastroenterologische Fragestellungen (chron. entzündliche Darmerkrankungen, Motilitätsstörungen von Speiseröhre/Magen/Dünn-/Dickdarm, funktionelle Erkrankungen des Magendarmtraktes)*
3	Metall-/Fremdkörperentfernungen *Entfernung von verschluckten Fremdkörpern aus dem Verdauungstrakt*
4	Minimalinvasive endoskopische Operationen *vgl. VI35; pro Jahr erfolgen mehr als 2800 endoskopische Operationen im Bereich der Verdauungstraktes einschließlich Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse*
5	Arteriographie *Die radiologische Darstellung von Gefäßen erfolgt in der Röntgenpraxis auf dem Klinikgelände durch dreidimensionale Darstellungen aus computertomographischen und kernspintomograhischen Aufnahmen.*
6	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems *In der Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems besteht eine enge Kooperation mit einer Neurologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände.*
7	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen *Eine Besonderheit bei der Behandlung älterer Menschen ist das erhöhte Risiko von Nebenwirkungen der Medikamente. Unser Programm zur Arzneimittelsicherheit überwacht die Medikamentendosierung im Alter (Priskus-Liste). Dem erhöhten Sturzrisiko der Älteren begegnen wir durch Schulung der Mitarbeiter.*
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *Nach der Zahl der stationär behandelten Patienten mit Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts nimmt die Medizinische Klinik in Hamburg eine Spitzenposition ein. Schwerpunkte sind Tumorerkrankungen, chronische Entzündungen, gastrointestinale Motilitätsstörungen und endoskopische Behandlungen*
9	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz *Ein Einschränkung der Nierenfunktion ist oft Folge einer anderen Erkrankung (z.B. Bluthochdruck). Medikamente können sie verstärken. Mögliche Auswirkungen/Interaktionen von Medikamenten auf die Nierenfunktion überwachen wir mit einer Software zur Arzneimittelsicherheit.*
10	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis *Blutvergiftungen stellen bedrohliche Erkrankungen dar, die einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen. Auf unserer interdisziplinären Intensivstation können bis zu 12 Patienten mit derartig schweren Krankheiten behandelt werden.*
11	Konventionelle Röntgenaufnahmen

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Konventionelle Röntgenaufnahmen werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (mehr als 6000 ambulante und stationäre Untersuchungen pro Jahr). Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.
12	Duplexsonographie *Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon über 400 unter Einsatz der Duplexsonographie.*
13	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	Computertomographien (CT) an einem modernen 128-Schichten-Gerät werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar). Durch spezielle Analysen sind z.B. dreidimensionale Darstellung der Blutgefäße der Verdauungsorgane möglich.
14	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen *An Störungen der Blutgerinnung ist zu denken bei wiederholten Blutgerinnseln (Beinvenenthrombose, Lungenembolie) ohne äußere Ursache. Sie können relevant sein bei Interventionen, z.B. der Abtragung eines Polypen. Komplexe Gerinnungsanalysen erfolgen durch ein externes Labor.*
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	Ein gesunder Darmausgang ist für die Lebensqualität wichtig. Er kann durch Entzündung, Tumoren oder nach (Geburts-)Verletzung beeinträchtigt sein. Bildgebende Diagnostik und Prüfung der Funktion ermöglichen eine gezielte Behandlung (z.B. Biofeedback, sakraler Schrittmacher)
16	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen *Blutarmut (Anämie) entsteht durch erhöhten Verlust (z.B. über den Darm) oder verminderte Bildung durch Erkrankungen des Knochenmarkes oder gestörte Aufnahme von Eisen oder Vitaminen. Hämatologische Erkrankungen betreffen aber auch die weißen Blutzellen und die Lymphknoten.*
17	Psychoonkologie
	Neben moderner Diagnostik und Behandlung von Tumoren wird den Betroffenen eine spezialisierte Betreuung durch eine erfahrene Psychologin angeboten. Die psychologische Betreuung ist auch Teil des Behandlungsangebotes bei fortgeschrittenen Tumorleiden (Palliativmedizin).
18	Phlebographie *Kontrastmitteldarstellungen von Venen erfolgen in Kooperation mit der radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände. Meist diagnostizieren wir Venenverschlüsse durch Blutgerinnsel jedoch strahlungsfrei sondern durch farbkodierte Dopplerultraschalluntersuchungen.*
19	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	Die Medizinische Klinik verfügt über besondere Erfahrung in der Behandlung dieser drei Organe und wendet hierbei spezifische Funktionstests, Kernspintomographie und Endosonographie sowie therapeutische Eingriffe durch Endoskopie (ERCP) oder perkutan (PTD) an
20	Wundheilungsstörungen *Die qualifizierte Versorgung erfolgt durch das Wundteam der Pflege in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik.*
21	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Neben dem 24-Stunden-Langzeit-EKG können wir Herzrhythmusstörungen drahtlos und kontinuierlich bei Patienten auf allen Stationen überwachen. Invasive Rhythmusuntersuchungen sind in der kardiologischen Praxis auf dem Gelände möglich.
22	Computertomographie (CT), nativ *Computertomographien (CT) werden an einem modernen 64-Zeilen-Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, ca. 6500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).*
23	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Erkrankungen der das Gehirn versorgenden Gefäße können wir durch (Farb-)Doppler sowie Computer- und Kernspintomographie mit Gefäßdarstellung und Diffusionsgewichtung erkennen. Eng arbeiten wir dabei mit den Kollegen der neurologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände zusammen.
24	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
	Haut und Unterhaut können begleitend bei einer Reihe von Erkrankungen der Verdauungsorgane betroffen sein (z.B. bei chronischer Virusentzündung der Leber). Bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen kann es zu entzündlichen Gängen (Fisteln) vom Darm zur Haut kommen.
25	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	Der Darm ist die weitaus größte Kontaktfläche zur Umwelt und dadurch auch häufige Eintrittspforte für Krankheitserreger. Infektionen der Verdauungsorgane sind daher ein Behandlungsschwerpunkt unserer Klinik. Dank konsequenter Hygiene sind wir mehr als seit 7 Jahren ohne Erkrankungsausbrüche.
26	Schrittmachereingriffe
	Eine Behandlung durch Einsetzen eines Schrittmachers erfolgt überwiegend in Zusammenarbeit mit einer großen kardiologischen Praxis, die auf dem Klinikgelände einen Linksherzkathetermessplatz betreibt.
27	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	Lungenfunktionsprüfungen dienen der Lenkung der Behandlung von chronischen Atemwegerkrankungen. Vor großen Eingriffen können Risiken erkannt und behandelt werden. Es besteht eine Kooperation mit einer Lungenfachpraxis, die Atemwegspiegelungen in der Endoskopie des Krankenhauses durchführt.
28	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	Invasive Diagnostik (Koronarangiographie) und Therapie (Ballonkatheterdilatation und Stent-Versorgung) erfolgen in Kooperation mit einer Kardiologischen Facharztpraxis (Linksherzkathetermessplatz auf dem Klinikgelände mit über 900 Untersuchungen mit 200 Interventionen pro Jahr).
29	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	Neben den klassischen hormonellen Erkrankungen der Schilddrüse werden Diabetes mellitus und endokrin aktive Tumorerkrankungen von Bauchspeicheldrüse, Darm und Leber behandelt.
30	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
	Der akute Schlaganfall sollte in geeigneten Situationen auf einer stroke-unit behandelt werden, zu der wir Patienten nach akut-Versorgung verlegen. Akute Verschlechterungen bei ihren chronisch neurologisch Kranken behandelt das Team der neurologischen Facharztpraxis in Kooperation mit der Klinik.
31	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	Computertomographien (CT) mit Kontrastmittel an einem modernen 64-Zeilen-Gerät werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, ca.6500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).
32	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	Verengungen an größeren Gefäßen können wir durch (Farb-)Doppler, CT und Kernspintomographie darstellen.
33	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	Vgl. VR16. Erkrankungen der Lymphknoten können entzündlich (z.B. Tuberkulose) oder durch Tumoren verursacht sein: Metastasen von Karzinomen oder primäre Tumoren der Lymphozellen (Lymphome). Die Darstellung erfolgt durch Sonographie, CT und MRT. Bei Tumoren ist meist eine Chemotherapie notwendig.
34	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Das Rippenfell ist häufig begleitend erkrankt bei Krankheiten der Lunge (z.B. Lungenentzündung). Wenn diagnostisch erforderlich, wird eine Spiegelung der Rippenfellhöhle durch die Chirurgische Klinik durchgeführt
35	Schmerztherapie
	Siehe VI40
36	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	MRT mit Kontrastmittel werden mit einem modernen 1,5 Tesla-Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, 8500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).
37	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	3-D-Rekontruktionen, z.B. von Gefäßen und Diffusionsgewichtete Darstellungen, die Flüssigkeitsbewegungen abbilden (im Gehirn).
38	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	Nierenerkrankungen können durch Untersuchungen des Blutes und des Urins sowie durch Ultraschall und andere bildgebenden Verfahren erkannt werden. Selten sind dafür Probeentnahmen aus einer Niere notwendig, die wir in einem erfahrenen Dialysezentrum durchführen lassen.
39	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	MRT werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, 8500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).
40	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
	Entzündliche oder durch einen Tumor hervorgerufene Erkrankung des Bauchfells diagnostizieren wir durch Punktion und Analyse von Bauchhöhle-Flüssigkeit oder durch eine Bauchhöhlenspiegelung (Chirurgische Klinik).
41	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
	Durch spezielle Analysen werden dreidimensionale Darstellungen der Verdauungsorgane anhand kernspintomographischer, computertomographischer und sonographischer Bilder möglich.
42	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	Knochendichtemessungen werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht.
43	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Ein besonderer Schwerpunkt besteht bei Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Wir kooperieren intensiv mit einem onkologischen und strahlentherapeutischen MVZ (u.a. gemeinsamen Tumorkonferenzen) und mit einem Institut zur Individualisierung der Tumortherapie (Indivumed/ Indivutest).
44	Quantitative Bestimmung von Parametern
	Ultraschall, Computertomographie und Kernspintomographie ermöglichen zahlreiche Bestimmungen: Gewebedichte, Gewebedurchblutung, Gewebedurchlässigkeit für Flüssigkeiten, Gefäßdurchblutung (Volumen und Geschwindigkeit). Bei gleicher Aussage nutzen wir das Verfahren der geringeren Belastung
45	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	Zu Durchblutungsstörungen des Herzens vgl. VI01, zu Herzrhythmusstörungen VI31. Die Echokardiographie ist ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel (ca. 1300 Untersuchungen pro Jahr). Eine Herzschwächen oder Rhythmusstörung kann durch regelmäßig eingenommene Medikamente behandelt werden.
46	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
47	Intraoperative Anwendung der Verfahren

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Intraoperativ wenden wir Ultraschall an, um spezielle Läsionen vor einer Therapie darzustellen: z.B. Thermoablation von Metastasen in der Leber oder Drainage von Abszessen oder Gallenwegen.
48	Endoskopie
	8800 Untersuchungen/Jahr. Kapsel-/ Dünndarmendoskopie, Endosonographie. Endoskopische Therapie bei Frühkarzinomen (EMR, ESD); Achalasie, Zenker, Pylorusspasmus (POEM); Nekroseausräumung (Pankreatitis) endoskopische, endosonographische, perkutane Interventionen an Gallenwegen u. Pankreas (ERCP,PTD)
49	Intensivmedizin
	Auf der interdisziplinären Intensivstation können bis zu 12 Patienten gleichzeitig intensivmedizinisch betreut werden (einschließlich maschineller Beatmung). 2018 wurde hier 1.010 Patienten behandelt, davon 88 mit künstlicher Beatmung.
50	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
	Erkrankungen der hirnversorgenden Gefäße begünstigen z.B. einen Gehirnschlag. Durch Farbdoppler, CT und MRT können wir diese Gefäße untersuchen. In ausgewählten Situationen ist eine Gefäß-Dehnung möglich durch das Ärzte-Team der kardiologischen Praxis (auf dem Gelände).
51	Elektrophysiologie
	Das auf dem Klinikgelände ansässige Team aus 4 Kardiologen führt neben Herzkatheteruntersuchungen auch elektrophysiologische Untersuchungen zur Diagnostik und Behandlung bei bestimmten Herzrhythmusstörungen durch.
52	Palliativmedizin
	Wir fühlen uns für die Betreuung tumorkranker Patienten auch jenseits heilender Therapien verantwortlich. Unser Team ermöglicht eine qualifizierte ärztliche, pflegerische, psychologische, physiotherapeutischen und musiktherapeutische Betreuung.
53	Physikalische Therapie
	Physikalische Behandlung (z.B. krankengymnastische Übungen) werden täglich auf den Stationen angewendet, um eine rasche Erholung zu unterstützen. Sie wird durchgeführt durch das erfahrene Team einer physiotherapeutischen Praxis auf dem Klinikgelände
54	Schmerztherapie
	Erfolgreiche Schmerztherapie ist für alle Patienten von besonderen Bedeutung. In Kooperation mit Anästhesisten und Neurologen bieten wir eine auf den Einzelnen zugeschnittene Behandlung, bei der auch Akupunktur und endosonographisch gezielte Plexusblockade integriert werden können.
55	Onkologische Tagesklinik
	Eine ambulante onkologische Therapie durch Krankenhausärzte wird für privatversicherte Patienten mit qualifiziertem Personal durchgeführt. Für alle Patienten zugänglich ist eine hämato-onkologische Praxis auf dem Klinikgelände.
56	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	Krankhafte Reaktionen des Körpers auf die Umwelt oder eigenes Gewebe (Autoimmunerkrankungen) äußern sich häufig an Darm, Bauchspeicheldrüse (Autoimmunpankreatitis) und Leber (Autoimmunhepatitis)
57	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
	Radiologische Untersuchungen von Speiseröhre und Magen-Darm-Trakt werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.
58	Dialyse
	kontinuierliche (=schonende) Blutwäsche (Hämodialyse) auf der Intensivstation
59	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Einige endoskopische Behandlungen werden zur Sicherheit der Patienten unter Durchleuchtungskontrolle durchgeführt: z.B. Einlegen von Stents, die Darm oder Gallenwege offen halten. Die meisten diese Verfahren sind endoskopisch, einige erfolgen endosonographisch oder minimal invasiv durch die Haut.
60	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) *Angeborene und z.B. medikamentös erworbene Minderung der Abwehr von Infektionen begünstigt das Auftreten von Erkrankungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes durch Parasiten oder seltene Erreger.*
61	Diagnostik und Therapie von Allergien
62	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes *Einige chronische Erkrankungen, auf die die Medizinischen Klinik spezialisiert ist, treten bereits in der Kindheit auf (z. B. Morbus Crohn und Colitis ulzerosa). Bei Heranwachsenden und Jugendlichen unterstützen wir die betreuenden Kinderärzte (z. B. durch diagnostische/endoskopische Leistungen).*
63	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes *Chronische Bronchitis und Asthma bronchiale sind häufige Erkrankungen im Erwachsenenalter, die langfristig auch den Lungenkreislauf und das Herz schädigen können. Wir kooperieren auf diesem Gebiet mit erfahrenen Ärzten für Lungenheilkunde (Pulmologen) und Herzspezialisten (Kardiologen).*
64	Sonographie mit Kontrastmittel *Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon ca. 600 Untersuchungen unter Einsatz von (jodfreiem) Ultraschallkontrastmittel. Dies ermöglicht u.a. Entdeckung und Charakterisierung von Lebertumoren ohne Röntgenstrahlen.*
65	Native Sonographie *Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Die Medizinische Klinik verfügt über 4 Ultraschallgeräte mit Farbdoppler, kontrastverstärkte Sonographie und Fusionsdarstellung von Sonographie und Computertomographie in einem Gerät.*
66	Endosonographie *Mit ca. 1000 Endosonographien pro Jahr (innerer Ultraschall von Verdauungsorganen) ist das Krankenhaus ein ausgewiesenes Zentrum. Untersuchungen können auch ambulant auf fachärztliche Überweisung erfolgen. Therapeutisch werden Schmerztherapien, Pankreasdrainagen und Galleableitung durchgeführt*
67	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
68	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) *24-h-Blutdruckmessung, Belastungsuntersuchungen und Echokardiographie sind diagnostischer Standard bei Hochdruckkrankheit. Wenn weitere Erkrankungen vorliegen (Diabetes, Niereninsuffizienz), kann eine stationäre Einstellung des Blutdrucks durch Medikamente notwendig sein.*
69	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems *Es besteht eine enge Kooperation mit einer neurologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände mit Schwerpunkt bei der Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems.*
70	Eindimensionale Dopplersonographie *Die eindimensionale Dopplersonographie kann benutzt werden, um nach Engstellen in Arterien zu suchen. Häufiger setzen wir aber die farbkodierte Dopplersonographie ein, die ein Bild des Gefäßes und des Blutflusses ermöglicht.*
71	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
72	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen *Das Israelitische Krankenhaus verfügt über langjährige Erfahrung in der Behandlung von Morbus Cohn und Colitis ulzerosa mit enger Zusammenarbeit seiner gastroenterologischen, viszeralchirurgischen und proktologischen Spezialisten (646 stationäre und ambulante Patienten im Jahr 2018)*

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	5062
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K63.5	Polyp des Kolons	377
2	K63.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Darmes	247
3	K31.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums	169
4	K59.0	Obstipation	119
5	K22.4	Dyskinesie des Ösophagus	112
6	K22.0	Achalasie der Kardia	109
7	K58.9	Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe	100
8	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	93
9	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	90
10	K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums	72
11	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	71
12	K58.0	Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe	68
13	K22.2	Ösophagusverschluss	58
14	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	58
15	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	56
16	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	53
17	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	50
18	K51.0	Ulzeröse (chronische) Pankolitis	48

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
19	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	48
20	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	48
21	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	47
22	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	47
23	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	47
24	K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	46
25	K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas	46
26	K30	Funktionelle Dyspepsie	44
27	K29.6	Sonstige Gastritis	42
28	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	41
29	R11	Übelkeit und Erbrechen	40
30	K22.7	Barrett-Ösophagus	40

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	627
2	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	326
3	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	210
4	K57	Divertikulose des Darmes	190
5	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	187
6	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	179
7	K58	Reizdarmsyndrom	168
8	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	161
9	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	126
10	K51	Colitis ulcerosa	126

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1923
2	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	1911
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	1477

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	972
5	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	917
6	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	650
7	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	608
8	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	583
9	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	550
10	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	523
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	486
12	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	484
13	1-313	Ösophagusmanometrie	417
14	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	383
15	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	371
16	3-056	Endosonographie des Pankreas	342
17	1-316.11	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung	341
18	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	251
19	1-315	Anorektale Manometrie	250
20	3-055	Endosonographie der Gallenwege	248
21	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	207
22	3-137	Ösophagographie	205
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	203
24	1-319	Dickdarmmanometrie	171
25	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	147
26	8-121	Darmspülung	145
27	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	141
28	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	138

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	131
30	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	113

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2063
2	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	1911
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1731
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1524
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	1258
6	5-469	Andere Operationen am Darm	1182
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	972
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	757
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	504
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	486

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VI35 - Endoskopie
	VI38 - Palliativmedizin
	VI40 - Schmerztherapie

2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI35 - Endoskopie
	VI38 - Palliativmedizin
	VI40 - Schmerztherapie

3	PROF. DR. LAYER
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

3	PROF. DR. LAYER
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VR04 - Duplexsonographie
	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
	VI35 - Endoskopie
	VR06 - Endosonographie
	VR02 - Native Sonographie
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
	Ambulante Behandlung auf dem gesamten Gebiet der inneren Medizin mit besonderem Schwerpunkt bei den Erkrankungen der Verdauungsorgane

4	KASSENÄRZTLICHE ERMÄCHTIGUNG DR. ROSIEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	LEISTUNGEN:
	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI35 - Endoskopie
	VR06 - Endosonographie
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	Ermächtigung für Therapeutische Endoskopie, Endosonographie, diagnostische und therapeutische Untersuchungen an Gallenwegen und Bauchspeicheldrüsen (ERCP) auf Überweisung durch endoskopisch tätige Fachärzte

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	447
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	295
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	120

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
5	5-540	Inzision der Bauchwand	< 4

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	29,25	29,25	0,00	0,00	29,25	173,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	14,04	14,04	0,00	0,00	14,04	360,5

Abkürzungen:
Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.*=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Gastroenterologie
3	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Medikamentöse Tumortherapie
3	Palliativmedizin
4	Akupunktur

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
5	Labordiagnostik - fachgebunden -
6	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	73,46	69,02	4,44	0,00	73,46	68,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,40	0,40	0,00	0,00	0,40	12655,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,83	1,83	0,00	0,00	1,83	2766,1
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,52	0,52	0,00	0,00	0,52	9734,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,84	3,84	0,00	0,00	3,84	1318,2

Abkürzungen:
Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.*=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
	16 Pflegekräfte verfügen über die Weiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege.
2	Diplom *Pflegewirt/in*
3	Bachelor *1 Pflegekraft*
4	Leitung einer Station / eines Bereiches *Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert*
5	Master *1 Pflegekraft*
6	Hygienebeauftragte in der Pflege *6 weitergebildete Pflegekräfte*
7	Praxisanleitung *5 weitergebildete Pflegekräfte*
8	Casemanagement *1 Casemanagerin*

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Sturzmanagement *2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt*
2	Entlassungsmanagement
3	Qualitätsmanagement
4	Dekubitusmanagement *2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt*
5	Kinästhetik
6	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
7	Schmerzmanagement *Vier weitergebildete Pain Nurses*
8	Palliative Care *Neun weitergebildete Mitarbeiter, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen*
9	Ernährungsmanagement
10	Stomamanagement *Zwei ausgebildete Stomaexperten, eine externe Stomatherapeutin*
11	Wundmanagement

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
	Sechs weitergebildete ICW Wundexperten, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen

B-[2] Chirurgische Klinik

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik
Straße:	Orchideenstieg
Hausnummer:	14
PLZ:	22297
Ort:	Hamburg
URL:	http://www.ik-h.de/chirurgische-klinik.html

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Carsten Zornig, Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Direktor der Chirurgischen Klinik
Telefon:	040 51125 5101
Fax:	040 51125 5102
E-Mail:	c.zornig@ik-h.de
Adresse:	Orchideenstieg 14
PLZ/Ort:	22297 Hamburg
URL:	http://www.ik-h.de/chirurgische-klinik.html

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ *Magnetresonanztomographien (MRT) mit Kontrastmittel werden an einem modernem 1,5 Tesla Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Das Untersuchungsverfahren ist über 24 Stunden verfügbar.*
2	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel *Magnetresonanztomographien (MRT) an einem modernem 1,5 Tesla Gerät mit Kontrastmittel werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Das Untersuchungsverfahren ist über 24 Stunden verfügbar.*
3	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie *Ca. 45 Leber- und 75 Bauchspeicheldrüsenoperationen sowie ca. 620 Gallenblasenentfernungen stellen einen weiteren Schwerpunkt unserer Arbeit dar.*
4	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen *Verengungen an größeren Gefäßen können wir durch (Farb-)Doppler, CT und Kernspintomographie darstellen. Neben der konservativen Therapie bietet die Zusammenarbeit mit der kardiologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände die Möglichkeit zur Ballondilatation.*
5	Eindimensionale Dopplersonographie *Die eindimensionale Dopplersonographie ist ein gutes Verfahren, um nach Engstellen in Arterien zu suchen. Häufiger setzen wir aber die farbkodierte Dopplersonographie ein, die ein Bild des Gefäßes und des Blutflusses ermöglicht.*
6	Duplexsonographie *Jedes Jahr werden am Israeltitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon ca. 400 unter Einsatz der Duplexsonographie*
7	Konventionelle Röntgenaufnahmen *Konventionelle Röntgenaufnahmen werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.*
8	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren *Die konsiliarische Mitbetreuung unserer Patientinnen bei gynäkologischen Erkrankungen erfolgt durch das Diakonie Klinikum Agaplesion. Bei Bedarf werden die entsprechenden Eingriffe von einem Team aus Spezialisten für Gynäkologie und Chirurgie gemeinsam durchgeführt.*
9	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin *Der akute Schlaganfall sollte in geeigneten Situationen auf einer Stroke-unit behandelt werden, zu der wir Patienten nach der Akutversorgung verlegen.Akute Verschlechterungen von chronisch neurologisch Erkrankungen behandelt das Team der neurologischen Facharztpraxis in Kooperation mit der Klinik.*
10	Magen-Darm-Chirurgie *Mit ca. 220 Refluxoperationen, ca. 125 kompletten oder Teilentfernungen des Magens sowie über 610 Dickdarmeingriffen im Jahr bei gut- und bösartigen Erkrankungen sind wir deutschlandweit eine der führenden Abteilungen. Viele dieser Operationen werden in minimal invasiver Methode durchgeführt.*

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
11	Wundheilungsstörungen *Die qualifizierte Versorgung erfolgt durch das Wundteam der Pflege in Zusammenarbeit mit der chirurgischen Klinik. Hierbei wird bei problematischen Wunden durch den Einsatz von Vakuumtherapie und Okklusivverbänden oft eine zügigere Wundheilung erreicht.*
12	Mammachirurgie *Gutartige oder bösartige Tumoren der Brustdrüse können von uns meist brusterhaltend entfernt werden.*
13	Endokrine Chirurgie *Durch die große Erfahrung und Einsatz modernster Techniken (Nervenstimulationsgerät) können wir sehr gute Ergebnisse bei der Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen (ca. 50 Operationen pro Jahr) vorweisen. Die Eingriffe an der Nebenniere und Bauchspeicheldrüse werden oft laparoskopisch vorgenommen.*
14	Knochendichtemessung (alle Verfahren) *Diese Untersuchung wird von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht.*
15	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen *Zur Therapie von Krampfaderleiden werden in der Chirurgie stadiengerecht die erkrankten Venen entfernt. Dieser Eingriff ist gut verträglich und wird zumeist ambulant vorgenommen.*
16	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen *Die Behandlung von Engen z.B. der Halsschlagader und der Nierenarterien, aber auch der Herzkranzgefäße erfolgt in Kooperation auf dem Klinikgelände.*
17	Nierenchirurgie *Im Rahmen der Entfernung von Tumoren im Bauchraum muss gelegentlich eine Niere entfernt werden. Die Entfernung von solchen Tumoren unter Mitnahme mehrerer Organe ist technisch sehr anspruchsvoll. Aufgrund unserer großen Erfahrung in der Sarkomchirurgie bieten wir hier eine besondere Expertise.*
18	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung *Durch Spezielle Analysen werden dreidimensionale Darstellungen der inneren Organe anhan kernspintomographischer und computertomographische aber auch sonographischer Bilder möglich.*
19	Phlebographie *Die Darstellung der Venen am Bein oder Arm erfolgt durch unsere kooperierende radiologische Praxis in unserem Haus. Zur Beurteilung der Venenklappen bei Krampfaderleiden vor einer Operation oder zum Ausschluss einer Thrombose können wir diese Untersuchung jederzeit durchführen.*
20	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *Unserer besonderer Schwerpunkt liegt bei der Behandlung der Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes (über 500 Eingriffe pro Jahr). Durch die Kooperation mit Onkologen und Strahlentherapeuten, sowie einem Institut zur Individualisierung der Tumortherapie bieten wir eine umfassende Behandlung an.*
21	Arteriographie *Die radiologische Darstellung von Gefäßen erfolgt in der Röntgenpraxis auf dem Klinikgelände durch dreidimensionale Darstellungen aus computertomographischen und kernspintomographischen Aufnahmen.*
22	Lymphographie *Die Darstellung der Lymphbahnen am Bein/ den unteren Extremitäten wird in der radiologischen Praxis auf unserem Klinikgelände durchgeführt.*
23	Tumorchirurgie *Die Tumorchirurgie ist ein Schwerpunkt der Abteilung und wird Leitliniengerecht durchgeführt. Zusätzlich findet eine Tumorkonferenz mit Spezialisten aller Fachabteilungen (Onkologen, Strahlentherapeuten, Internisten und Chirurgen) zur Planung optimaler und individualisierter Therapiekonzepte statt.*
24	Portimplantation *An zwei Tagen in der Woche werden in örtlicher Betäubung Portsysteme zur künstlichen intravenösen Ernährung oder Verabreichung von Chemotherpeutika eingesetzt. Der Eingriff wird ambulant durchgeführt (ca. 220 Eingriffe).*

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
25	Inkontinenzchirurgie
	Mittlerweile gibt es enorme Fortschritte in der Behandlung der Inkontinenz. Durch den Einsatz modernster Techniken (z. B. sakrale Plexusstimulation) oder rekonstruktiver Eingriffe am Schließmuskel kann eine enorme Verbesserung der Kontinenz und damit auch der Lebensqualität erreicht werden.
26	Intraoperative Anwendung der Verfahren
	Durch die enge Verzahnung der verschiedenen Funktionsabteilungen und Fachbereiche sind sämtliche Verfahren auch intraoperativ einsetzbar. Zum Beispiel können während der Eingriffe Ultraschalluntersuchungen, Magen- und Darmspiegelungen usw. bei Bedarf gleichzeitig vorgenommen werden.
27	Thorakoskopische Eingriffe
	Untersuchungen zur Begutachtung des Rippenfells oder der Lungen sowie Teilentfernungen der Lunge z.B. bei Metastasen werden in der thorakoskopischen Technik besonders schonend durchgeführt. Im Rahmen von Eingriffen bei Speiseröhrenkrebs kommt ebenfalls die thorakoskopische Technik zu Anwendung.
28	Quantitative Bestimmung von Parametern
29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	Durch die intensive Pflege bettlägeriger Pat. sowie eine strikte Lagerungstherapie u. d. Einsatz von Spezialbetten wird das Risiko von Dekubitalgeschwüren reduziert. Zur Behandlung der Geschwüre werden die modernsten Kenntnisse der Wundpflege vom Wundmanagementteam eingesetzt.
30	Amputationschirurgie
	Die Amputationschirurgie wird bei uns vor allem angewendet wenn es zur Heilung von bösartigen Weichteilsarkomen (eine Krebsart) erforderlich ist. Hierbei ist es sehr wichtig, die neuesten Erkenntnisse bezüglich der Technik der Amputation einzusetzen, um eine gute Funktionalität zu bewahren.
31	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
	Das kosmetische Ergebnis unserer Eingriffe ist uns, soweit dies ohne Kompromisse in Bezug auf das medizinische Ergebnis möglich ist, sehr wichtig. Nahezu alle Nähte werden für ein exzellentes Ergebnis in der intracutanen Nahttechnik (ein Verfahren aus der plastischen Chirurgie) vorgenommen.
32	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	Viele Organe können so operiert werden: Blinddarm- und Gallenblasenentfernungen, Bauchspeicheldrüsenoperationen, Dünn- und Dickdarm- sowie Magenteilentfernungen. Diese Technik führt nachgewiesenermaßen zu einem kürzeren Krankenhaus Aufenthalt, weniger Schmerzen u. schnellerer Erholung postoperativ.
33	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")
	Plexus-Sakralis-Stimulation bei Stuhl-Inkontinenz und -Entleerungsstörung; Magen-Schrittmacher bei Magenentleerungsstörung.
34	Chirurgische Intensivmedizin
	Die Intensivstation wird interdisziplinär durch die Abteilungen der Anästhesie und Chirurgie betreut. Die moderne und voll ausgestattete Intensivstation bietet 12 Beatmungsplätze. Die Patienten werden durch ausgebildete Ärzte für Intensivmedizin optimal betreut.
35	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	Über die Hälfte aller Eingriffe im Bauchraum werden in unserer Abteilung in der MIC Methode durchgeführt. Über 200 Darm- und ca.200 Refluxoperationen, ca. 620 Gallenblasenentfernungen, sowie ca. 770 Leistenbruchversorgungen im Jahr in MIC Technik sind Beispiele unseres Spektrums.
36	Spezialsprechstunde
	Jeden Mittwoch bieten wir eine spezielle Sprechstunde für Proktologie (Erkrankungen des Darmausganges) und Inkontinenzbeschwerden an. Jeden Freitag erfolgt die Schilddrüsensprechstunde. Montags und Mittwochs findet zusätzlich eine spezielle Tumorsprechstunde insbesondere auch zur Zweitmeinung statt.
37	Sarkomchirurgie
	Weichteilkrebs (Sarkome, z.B. vom Fettgewebe ausgehend) sind insgesamt selten. Durch unsere intensive Erfahrung auf diesem Gebiet bieten wir den Betroffenen die möglichst beste Versorgung an. Durch unsere onkologische Konferenz ist eine umfassende Behandlung durch mehrere Disziplinen möglich.

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
38	Notfallmedizin *Sämtliche Notfälle im Bauchraum können von uns versorgt werden. Durch die vorhandene Infrastruktur ist eine optimale und rasche Therapie jederzeit möglich.*
39	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe *Narbenkorrekturen und Bauchschürzenentfernungen werden in unserer Abteilung angeboten. Bei komplexeren plastisch- rekonstruktiven Eingriffen kooperieren wir mit der plastischen Chirurgie Diakonie Klinikum Agaplesion. Es finden dann Eingriffe durch ein Team aus Spezialisten statt.*
40	Interdisziplinäre Tumornachsorge *In Zusammenarbeit mit unserer Medizinischen Abteilung, niedergelassen Onkologen und Strahlentherapeuten findet eine Tumornachsorge statt. Hierzu findet einmal die Woche unsere interdiziplinäre onkologische Konferenz statt.*
41	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *Dies ist ein Schwerpunkt unserer Abteilung. Zur Diagnostik erfolgt neben den bildgebenden Verfahren der Radiologie auch die Endoskopie durch entsprechend weitergebildete Chirurgen innerhalb der Abteilung. Somit ist die Diagnostik eng mit der Therapie direkt in unserer Abteilung verknüpft.*
42	Speiseröhrenchirurgie *Die Therapie von gutartigen oder bösartigen Erkrankungen der Speiseröhre wird in der chirurgischen Klinik regelhaft vorgenommen (45 Speisenröhrenoperationen).Insbesondere ist die Entfernung der Speiseröhre bei Krebsleiden (42) in minimal invasiver und sehr schonende Methode zu nennen.*
43	Computertomographie (CT), Spezialverfahren *Computertomographien (CT) werden an einem modernen 64-Zeilen-Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände, erbracht (täglich 24 Stunden verfügbar). Durch spezielle Analysen sind z. B. dreidimensionale Darstellungen der Blutgefäße der Verdauungsorgane möglich.*
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs *Dies ist einer der Schwerpunkte in unserer Abteilung. Sämtliche erforderliche Untersuchungsmethoden (Anale Manometrie, dynamische MRT Defäkografie usw.) werden hier regelhaft durchgeführt. Alle modernen Operationstechniken auf diesem Gebiet werden von Spezialisten vorgenommen.*
45	Mediastinoskopie *Die Beurteilung und z.B. die Entnahme von Proben im Raum zwischen den Lungen im Brustkorb erfolgt per Video-Technik minimal invasiv und ist auf dieser Weise sehr schonend für den Patienten durchführbar.*
46	Gynäkologische Chirurgie *Die konsiliarische Mitbetreuung unserer Patientinnen bei gynäkologischen Erkrankungen erfolgt durch das Diakonie Klinikum Agaplesion. Bei Bedarf werden die entsprechenden Eingriffe von einem Team aus Spezialisten für Gynäkologie und Chirurgie gemeinsam durchgeführt.*
47	Computertomographie (CT), nativ *Computertomographien (CT) werden an einem modernen 64-Zeilen-Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (täglich 24 Stunden verfügbar).*
48	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel *Computertomographien (CT) mit Kontrastmittel an einem modernen 64-Zeilen-Gerät werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar).*
49	Schrittmachereingriffe *Das Einsetzen eines Schrittmachers erfolgt überwiegend in Zusammenarbeit mit einer großen kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände. Hier stehen auch Gefäß-/Herzkatheterplätze zur Verfügung.*
50	Lungenchirurgie *Wir führen die Entfernung von Lungenanteilen beim Vorliegen von Lungenkrebs oder Metastasen entweder in minimal invasiver Methode oder durch einen Zugang über den Rippenzwischenraum durch. Auch ist die Beurteilung der Brusthöhle bei Bedarf in der schonenden minimal invasiven Methode möglich.*
51	Dialyse

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Auf unserer interdiziplinären Intensivstation besteht jederzeit die Möglichkeit zur kontinuierlichen Hämodialyse.
52	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung *Einige endoskopische Behandlungen werden zur Sicherheit der Patienten unter Durchleuchtungskontrolle durchgeführt: Dehnungen von Engstellen, Einlegen von Prothesen, die Darm oder Gallenwege offen halten. Die meisten dieser Verfahren erfolgen endoskopisch, andere minimal invasiv durch die Haut.*
53	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren *Radiologische Untersuchungen der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.*
54	Sonographie mit Kontrastmittel *Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon ca. 600 Untersuchungen unter Einsatz von (jodfreiem) Ultraschallkontrastmittel. Dies ermöglicht u.a. die Entdeckung und Charakterisierung von Lebertumoren ohne Röntgenstrahlen.*
55	Defibrillatoreingriffe *Die Einstellung, Kontrolle und kurzfristige Ab- und Einschaltung der Defibrillatoren erfolgt durch die Spezialisten der kardiologischen Praxis auf unserem Klinikgelände.*
56	Endosonographie *Mit 1000 Endosonographien (Ultraschalluntersuchungen von Verdauungsorganen vom Darm aus, also z. B. der Bauchspeicheldrüse mit einem Ultraschallendoskop im Magen) ist das Krankenhaus ein ausgewiesenes Zentrum. Untersuchungen können auch ambulant auf fachärztliche Überweisung erfolgen.*
57	Native Sonographie *Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Die Ultraschalluntersuchungen können rund um die Uhr von geschulten Chirurgen und Internisten angeboten werden.*

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	3513
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	484
2	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	314
3	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	132
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	130
5	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	118

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
6	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	116
7	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	112
8	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	88
9	K60.3	Analfistel	88
10	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	85
11	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	57
12	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	56
13	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	44
14	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	44
15	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	42
16	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	40
17	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	39
18	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	35
19	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	35
20	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	35
21	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	33
22	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	32
23	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	27
24	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	25
25	K81.0	Akute Cholezystitis	25
26	K81.1	Chronische Cholezystitis	23
27	K91.83	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	23
28	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	21
29	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	21
30	C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	21

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K40	Hernia inguinalis	693
2	K80	Cholelithiasis	454
3	K57	Divertikulose des Darmes	199
4	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	164
5	K43	Hernia ventralis	159
6	K44	Hernia diaphragmatica	139
7	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	132
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	130
9	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	106
10	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	74

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	703
2	5-932.44	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 200 cm² bis unter 300 cm²	607
3	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	536
4	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	528
5	8-839.x	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	444
6	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	436
7	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	360
8	3-137	Ösophagographie	337
9	3-138	Gastrographie	321
10	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	289
11	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	266
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	258
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	219

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
14	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	177
15	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	159
16	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	154
17	1-313	Ösophagusmanometrie	151
18	5-484.35	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose	118
19	5-448.52	Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio: Laparoskopisch	113
20	5-536.46	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik	110
21	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	108
22	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	104
23	5-455.41	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	84
24	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	79
25	5-406.x	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Sonstige	78
26	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	78
27	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	78
28	5-932.46	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 400 cm² bis unter 500 cm²	69
29	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm² bis unter 200 cm²	68
30	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	66

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	915

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	703
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	650
4	5-511	Cholezystektomie	605
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	495
6	8-839	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße	444
7	5-572	Zystostomie	375
8	5-469	Andere Operationen am Darm	354
9	3-137	Ösophagographie	337
10	3-138	Gastrographie	321

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	INTERDIZIPLINÄRE ONKOLOGISCHE KONFERENZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 -
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC11 - Lungenchirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC62 - Portimplantation
	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
	VC24 - Tumorchirurgie
	Niedergelassene Ärzte können 1x wöchentlich komplexe onkologische und viszeralmedizinische Fälle einem Expertenteam von Chirurgen, Internisten, Radiologen, Onkologen und Strahlenexperten vorstellen

2	PROF. DR. CARSTEN ZORNIG
	Privatambulanz

3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC11 - Lungenchirurgie

3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC62 - Portimplantation
	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
	VC24 - Tumorchirurgie
	Besprechung und Beratung von Patienten, die mit chirurgischen Krankheitsbildern von niedergelassenen Ärzten an uns überwiesen wurden. Nachbetreuung von operierten Patienten in besonderen Fällen

4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC00 -
	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC11 - Lungenchirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC71 - Notfallmedizin
	VC62 - Portimplantation
	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
	VC24 - Tumorchirurgie
	Behandlung aller viszeralchirurgische Notfälle

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	159
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	64
3	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	16
4	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	6
5	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	5
6	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	4
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	4
8	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
9	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
10	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	18,85	18,85	0,00	0,00	18,85	186,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	11,61	11,61	0,00	0,00	11,61	302,6

Abkürzungen:
Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.*=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Viszeralchirurgie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Proktologie
2	Spezielle Viszeralchirurgie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	50,89	44,11	6,78	0,00	50,89	69,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,73	1,73	0,00	0,00	1,73	2030,6
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,03	1,03	0,00	0,00	1,03	3410,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,16	4,16	0,00	0,00	4,16	844,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,45	1,45	0,00	0,00	1,45	2422,8

Abkürzungen:
Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.*=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Diplom
	1 Pflegewirt/in
2	Bachelor
	1 Pflegekraft
3	Pflege im Operationsdienst
	2 VK Fachweiterbildung Operationsdienst und 4 VK OTA
4	Leitung einer Station / eines Bereiches
	Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert
5	Intensiv- und Anästhesiepflege
	16 Pflegekräfte verfügen über die Weiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege.

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
6	Master *1 Pflegekraft*
7	Hygienebeauftragte in der Pflege *4 weitergebildete Pflegekräfte*
8	Praxisanleitung *3 weitergebildete Pflegekräfte*
9	Casemanagement *1 Casemanagerin*

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement *Vier weitergebildete Pain Nurses*
2	Stomamanagement *Zwei weitergebildete Stomaexperten und eine externe Stomatherapeutin*
3	Dekubitusmanagement *2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt*
4	Sturzmanagement *2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt*
5	Palliative Care *Neun weitergebildete Mitarbeiter, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen*
6	Wundmanagement *Sechs weitergebildete ICW Wundexperten, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen*
7	Entlassungsmanagement
8	Kinästhetik
9	Qualitätsmanagement
10	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
11	Ernährungsmanagement

B-[3] Anästhesiologie/Intensivmedizin

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesiologie/Intensivmedizin
Straße:	Orchideenstieg
Hausnummer:	14
PLZ:	22297
Ort:	Hamburg
URL:	http://www.ik-h.de/anaesthesie.html

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3790) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. Marc Freitag, Chefarzt der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon:	040 51125 0
Fax:	040 51125 5201
E-Mail:	m.freitag@ik-h.de
Adresse:	Orchideenstieg 14
PLZ/Ort:	22297 Hamburg
URL:	http://www.ik-h.de/anaesthesie.html

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Chirurgische Intensivmedizin *siehe VI20*
2	Spezialsprechstunde *Prämedikationssprechstunde*
3	Anästhesiologie/Intensivmedizin *2018 wurden 3563 Narkosen durchgeführt. Alle gängigen Narkoseverfahren kamen zum Einsatz (Allgemein Regionalanästhesie, 38 Narkosen mit Doppellumentubus zur einseitigen Lungenbelüftung). Bei 504 Patienten wurde zur perioperativen Schmerztherapie ein Peridualkatheter gelegt.*
4	Intensivmedizin *2018 wurden 1.010 Patienten nach modernsten Standards (z.B. Beatmungs-und Ernährungstherapie) behandelt (88 Beatmungen bei 12 Beatmungsplätzen). Um die Behandlung zu verkürzen, führen wir ein multimodales Therapiekonzept mit differenzierter Schmerztherapie und früher Mobilisation durch.*
5	Schmerztherapie *Erfolgreiche Schmerztherapie ist für alle Patienten von besonderen Bedeutung. Wir bieten eine auf den Einzelnen zugeschnittene Behandlung, bei der auch Akupunktur und endosonographisch gezielte Plexusblockade integriert werden können.*

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	828
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	707
3	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	504

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
4	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	497
5	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	446
6	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	333
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	266
8	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	41
9	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	24
10	8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	9
11	8-980.21	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	8
12	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	7
13	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	7
14	5-311.0	Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie	6
15	8-980.31	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte	3
16	8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	2
17	8-980.61	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2761 bis 3680 Aufwandspunkte: 3221 bis 3680 Aufwandspunkte	1
18	8-980.60	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2761 bis 3680 Aufwandspunkte: 2761 bis 3220 Aufwandspunkte	1
19	8-980.41	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 Aufwandspunkte	1

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	835
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	707
3	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	519
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	504
5	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	497
6	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	333
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	266
8	5-311	Temporäre Tracheostomie	30

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,43	9,43	0,00	0,00	9,43	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,43	9,43	0,00	0,00	9,43	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

Abkürzungen:
Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.*=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
	Weiterbildungsbefugnis: PD Dr. Freitag 6 Monate Intensivmedizin,kumulativ mit Prof. Zornig 18 Monate chirurgischer Abschnitt undNotfallmedizin (Chirurgie Basis WB, 24 Monate, WBO 05)

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
	spezielle Intensivmedizin
2	Spezielle Schmerztherapie
3	Notfallmedizin
4	Palliativmedizin
5	Infektiologie
	Antibiotic Stewardship (ABS). Rationalen und verantwortlicher Einsatz von Antibiotika - durch den Nachweis einer (bakteriellen) Infektion, die Wahl des geeigneten Antibiotikums, Anpassung der Therapiedauer, Dosierung und Form der Antibiotika-Gabe.
6	Hämostaseologie
	Transfusionsbeauftragter Anästhesie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	35,57	33,61	1,96	0,00	35,57	0,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:
Anz.=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.*=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
	Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert.
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
	16 VK weitergebildete Anästhesie- und Intensivfachkräfte
3	Diplom
	1 Pflegewirtin
4	Master
	1 Pflegekraft
5	Bachelor
	1 Pflegekraft
6	Pflege im Operationsdienst
	2 weitergebildete Pflegekräfte
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
	2 weitergebildete Pflegekräfte
8	Praxisanleitung
	4 weitergebildete Praxisanleiter
9	Casemanagement

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
	1 Casemanagerin

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Kinästhetik
2	Ernährungsmanagement
3	Stomamanagement
	Zwei weitergebildete Stomaexperten und eine externe Stomatherapeutin
4	Wundmanagement
	Sechs weitergebildete ICW Wundexperten, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen
5	Dekubitusmanagement
	2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt
6	Sturzmanagement
	2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt
7	Palliative Care
	Neun weitergebildete Mitarbeiter, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen
8	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
9	Qualitätsmanagement
10	Schmerzmanagement
	Drei weitergebildete Pflegekräfte
11	Entlassungsmanagement
	Eine Casemanagerin

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	6	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
2	Herzschrittmacherver Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	8	100
3	Herzschrittmacherver Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	*Datenschutz*	*Datenschutz*
4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	4	100
5	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/6)	*Datenschutz*	*Datenschutz*
6	Karotis-Revaskularisation (10/2)	*Datenschutz*	*Datenschutz*
7	Gynäkologische Operationen (15/1)	*Datenschutz*	*Datenschutz*
8	Dekubitusprophylaxe (DEK)	38	100
9	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	57	101,75

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
	Ergebnis-ID	**2194**
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

2	**Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres**
Ergebnis-ID	**2195**
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

3	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen**
Ergebnis-ID	**51191**
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 84,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

4	**Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln**
Ergebnis-ID	**52139**
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	78,47 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	89,04 % - 89,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

5	**Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**
Ergebnis-ID	**52305**
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	85,13 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	95,66 % - 95,81 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	22
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	22
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

6	**Sondendislokation oder -dysfunktion**	
	Ergebnis-ID	**52311**
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	1,36 % - 1,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

7	**Leitlinienkonforme Systemwahl**	
	Ergebnis-ID	**54140**
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	98,46 % - 98,64 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

8	**Systeme 1. Wahl**	
	Ergebnis-ID	**54141**
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	96,72 % - 96,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6

9	**Systeme 2. Wahl**	
	Ergebnis-ID	**54142**
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,11 % - 0,16 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6

10	**Systeme 3. Wahl**	
	Ergebnis-ID	**54143**
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,48 % - 1,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

11	**Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden**
Ergebnis-ID	**52307**
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	82,82 % - 99,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen**
Ergebnis-ID	**51404**
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13	**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden**
Ergebnis-ID	**52315**
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,87 % - 1,34 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14	**Leitlinienkonforme Systemwahl**	
	Ergebnis-ID	**50005**
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,28 % - 96,75 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15	**Leitlinienkonforme Indikation**	
	Ergebnis-ID	**50055**
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	91,75 % - 92,43 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen**	
	Ergebnis-ID	**51186**
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 175,13 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,75 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,01
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17	**Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln**
Ergebnis-ID	**52131**
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	91,4 % - 92 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18	**Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**	
	Ergebnis-ID	**52316**
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	81,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,13 % - 96,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19	**Sondendislokation oder -dysfunktion**	
	Ergebnis-ID	**52325**
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,71 % - 0,94 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen**	
	Ergebnis-ID	**51196**
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,12 % - 1,49 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21	**Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff**
Ergebnis-ID	**52001**
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,00 %
Vertrauensbereich	2,98 % - 3,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22	**Infektion als Indikation zum Folgeeingriff**	
	Ergebnis-ID	**52002**
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,47 % - 0,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23	**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden**	
	Ergebnis-ID	**52324**
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,35 % - 0,71 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24	**Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff**	
	Ergebnis-ID	**52328**
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 8,69 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,2 % - 3,58 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	**603**
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,78 % - 99,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

26	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	
	Ergebnis-ID	**604**
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,68 % - 99,87 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

27	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch**	
	Ergebnis-ID	**605**
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,44 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

28	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch**
Ergebnis-ID	**606**
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,08 % - 3,59 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

29	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch
Ergebnis-ID	**11704**
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,99 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

30	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch**	
	Ergebnis-ID	**11724**
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Frei Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

31	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	**51437**
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,02 % - 98,88 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

32	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	
	Ergebnis-ID	**51443**
	Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,12 % - 99,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

33	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt**
Ergebnis-ID	**51445**
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,28 % - 2,29 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

34	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt**
Ergebnis-ID	**51448**
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,03 % - 3,67 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

35	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Ergebnis-ID	**51859**
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,7 % - 3,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

36	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Ergebnis-ID	**51860**
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,98 % - 4,55 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

37	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt
Ergebnis-ID	**51865**
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

38	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt**
Ergebnis-ID	**51873**
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation**
Ergebnis-ID	**52240**
Leistungsbereich	Karotis-Revaskularisation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	3,9 % - 10,96 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

40	**Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre**
Ergebnis-ID	**612**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 74,04 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	87,96 % - 88,59 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**H20** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41	**Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund**	
	Ergebnis-ID	**10211**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Vertrauensbereich	7,23 % - 8,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

42	**Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung**
Ergebnis-ID	**12874**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	1,11 % - 1,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

43	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation**
Ergebnis-ID	**51906**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

44	**Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden**
Ergebnis-ID	**52283**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,94 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,38 % - 2,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

45	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	
	Ergebnis-ID	**60683**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	11,01 % - 13,58 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	0

46	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	
	Ergebnis-ID	**60684**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	11,05 % - 12,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

47	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
	Ergebnis-ID	**60685**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,25 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

48	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
	Ergebnis-ID	**60686**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 40,23 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,39 % - 20,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

49	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)**
Ergebnis-ID	**52009**
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,31 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	14
	Erwartete Ereignisse	18,43
	Grundgesamtheit	8537
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

50	**Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4**	
	Ergebnis-ID	**52010**
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8537
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

51	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme**
Ergebnis-ID	**2005**
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,79 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	58
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	58
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

52	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**	
	Ergebnis-ID	**2006**
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	93,69 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	57
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	57

53	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)**	
	Ergebnis-ID	**2007**
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

54	**Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**
Ergebnis-ID	**2009**
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	73,81 % - 93,05 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	50
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**U32** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

55	**Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)**	
	Ergebnis-ID	**2013**
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	89,57 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	33
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	33
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

56	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	
	Ergebnis-ID	**2028**
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	92,44 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	47
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	47
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

57	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	
	Ergebnis-ID	**50722**
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,27 % - 99,05 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	58
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

58	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen**
Ergebnis-ID	**50778**
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,31 % - 1,89 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,04
Grundgesamtheit	58
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

☑	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
☐	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Anästhesiologie	Ja
2	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	Ja
3	Schlaganfall	Ja

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu/ entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Erbrachte Menge:	42
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	73
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	42
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	46
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	73
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	70
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu/ entfällt

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	34
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	22
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	22

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).