



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-0 Fachabteilungen	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten	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
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	26
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	27
B-[1] Medizinische Klinik	27
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	27
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	27
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	28
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	28
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	28

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	36
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	38
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	40
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	40
B-[1].11	Personelle Ausstattung	40
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	41
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	41
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	41
B-[1].11.2	Pflegepersonal	41
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	42
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	43
B-[2]	Chirurgische Klinik	43
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	44
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	44
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	44
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	44
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	49
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	49
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	50
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	51
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	52
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	52

B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	54
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[2].11	Personelle Ausstattung	54
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	54
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	55
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	55
B-[2].11.2	Pflegepersonal	55
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	56
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	57
B-[3]	Anästhesiologie/Intensivmedizin	57
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	57
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	58
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	58
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	59
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	59
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	60
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	61
B-[3].11	Personelle Ausstattung	61
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	61
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	61
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	61

B-[3].11.2	Pflegepersonal	62
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	64
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	64
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	113
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	114
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	114
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.115 2 SGB V	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	115
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	116

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 über 175 Jahren offen für alle Patienten - unabhängig von Konfession, Nationalität oder Hautfarbe. Jährlich lassen sich hier mehr als 9000 Patienten stationär sowie über 7000 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 2020) als auch drei Patienten-Bewertungsportale - Weisse Liste, TK-Klinikführer, Klinikbewertungen.de und Online-Befragungen von Krankenversicherten als Datenbasis ausgewertet. Dabei erreichte das IK im gesamtdeutschen Vergleich aller Krankenhäuser seiner Größe den 2. Platz (nach einer herzchirurgischen Klinik in Stuttgart).

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-) Ereignissen (unter anderem CIRS) erweitert. Auf Initiative aus dem IK wurde 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 Patientensicherheit** 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 Zukunft zu 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 legt 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 medizinischen Fachgesellschaften.

Medizinische Klinik

Die Medizinische Klinik verfügt über 73 Betten auf 4 Stationen und der interdisziplinären Intensivstation. Im Jahr 2019 wurden 5.400 Patienten stationär und ca. 4.600 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 9000 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 75 Betten auf vier Stationen und der interdisziplinären Intensivstation. Pro Jahr werden über 3.650 Patienten stationär behandelt und ca. 3.850 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 (830 pro Jahr), Dickdarmerkrankungen (570), Gallensteinen (675, Sodbrennen (215), Schilddrüsen- (52) und Magenerkrankungen (130) sowie in der Proktologie (400) durchgeführt. Weitere Operationen wurden an Lunge (60), Speiseröhre (55), Leber (45), Bauchspeicheldrüse (75) 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 (12 Betten, davon 10 High-Care) 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 Katheterv Verfahren 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 2019 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 2,11 Stürzen pro 1000 Krankenhausbehandlungstage und einer vom BQS-Institut (Institut für Qualität und Patientensicherheit) ermittelten Rate von neu entstandenen Druckgeschwüren, die 2019 39% unter der zu erwartenden Rate lag. Zur Ermittlung der Rate werden bestimmte Risikofaktoren, wie z.B. Diabetes mellitus, Demenz, Beatmungstunden, 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. Seit über 10 Jahren mussten wir keine Infektions-Ausbruchssituation melden.

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 Klinik; Beauftragter der obersten Leitung im Qualitätsmanagement
Telefon:	040 51125 5010
Fax:	040 51125 5011
E-Mail:	u.rosien@ik-h.de

Links:

Link zur Internetseite 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
Telefon-Vorwahl:	040
Telefon:	511250
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 Klinik
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 <i>dauerhafte Kunstaustellung auf den Stationsfluren</i>
2	Sozialdienst <i>Entlassungsmanagement, Angehörigenberatung, Pflegeüberleitung, Rehaberatung, Beratung über Anschlussheilbehandlung, Sprechstunde</i>
3	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>siehe Sozialdienst MP63, externe Kooperation mit der Angehörigenschule</i>
4	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>siehe MP33 Präventive Leistungsangebote</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
5	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Onkopsychologie, psychologischer Dienst</i>
6	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Rückenschule, Ernährungsberatung siehe auch MP14</i>
7	Schmerztherapie/-management <i>Schmerzdienst mit ausgebildeten Pain Nurses</i>
8	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>siehe Sozialdienst MP63, externe Kooperation mit Sanitätshaus</i>
9	Stomatherapie/-beratung <i>Stomatherapeutin, Stomaberatung</i>
10	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i>
11	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Stomatherapeuten/-innen, Wundexpertinnen und -experten, Schmerzdienst, Palliativdienst, Pflegeexperte für Menschen mit Demenz</i>
12	Spezielle Entspannungstherapie <i>Progressive Muskelentspannung</i>
13	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>in Kooperation</i>
14	Fußreflexzonenmassage <i>in Kooperation</i>
15	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Pflegesystem: Bereichspflege, siehe auch MP63</i>
16	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Unser Schwerpunkt liegt auf den Kontinenzstörungen des Darmes, Kooperation mit einem externen Dienstleister bei der Nachversorgung in der Inkontinenzversorgung</i>
17	Kinästhetik <i>Kinästhetikschulung, Grundkurs, Trainerin</i>
18	Diät- und Ernährungsberatung <i>Das Ernährungsteam umfasst qualifizierte Ärzte, DiätassistentInnen sowie OecothropologInnen. Jeder Patient erfährt ein Screening auf Ernährungsmängel, dem ggf. Beratung und gezielte Maßnahmen folgen.</i>
19	Ergotherapie/Arbeitsstherapie <i>in Kooperation</i>
20	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>siehe Sozialdienst MP63</i>
21	Physikalische Therapie/Bädertherapie

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>in Kooperation mit physiotherapeutischer Praxis, kinesiologisches Taping</i>
22	<p>Musiktherapie</p> <p><i>Musiktherapie (durch einen externen Spezialisten) ist fester Bestandteil unseres Behandlungsangebotes an Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (Palliativmedizin)</i></p>
23	<p>Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie</p> <p><i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i></p>
24	<p>Manuelle Lymphdrainage</p> <p><i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i></p>
25	<p>Medizinische Fußpflege</p> <p><i>in Kooperation</i></p>
26	<p>Massage</p> <p><i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i></p>
27	<p>Eigenblutspende</p> <p><i>Eigenblutspende ist möglich vor größeren Operationen, die zeitlich geplant werden können, nicht jedoch bei bösartigen Erkrankungen. Eine Arbeitsgruppe zum Blood-Management zielt auf die Vermeidung von Fremdbluteinsatz.</i></p>
28	<p>Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie</p> <p><i>Kooperationspartnerin mit Praxis im Israelitischen Krankenhaus</i></p>
29	<p>Akupunktur</p> <p><i>Akupunktur wird vorwiegend eingesetzt im Rahmen der qualifizierten Schmerztherapie</i></p>
30	<p>Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Angehörigenberatung, externe Kooperation mit der Angehörigenschule</i></p>
31	<p>Aromapflege/-therapie</p> <p><i>Eine Mitarbeiterin verfügt über eine Weiterbildung in Aromatherapie.</i></p>
32	<p>Atemgymnastik/-therapie</p> <p><i>Atemgymnastik ist Teil der Physikalischen Therapie, die bei bestimmten Operationen auch vorbeugend eingesetzt wird</i></p>
33	<p>Biofeedback-Therapie</p> <p><i>Die Diagnostik vor Biofeedbacktraining erfolgt durch Mitarbeiter des Krankenhauses. Die ambulante Durchführung erfolgt mit einem festen Kooperationspartner</i></p>
34	<p>Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden</p> <p><i>Eine Palliativ Care Team aus; qualifizierten Ärzten/Schmerztherapeuten, Pflegekräften, Psychologen, Sozialdienst, Seelsorge, PT/KG, Gesprächs- und Musiktherapeuten betreut Sterbende auf den Stationen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem unmittelbar benachbarten Hospiz</i></p>
35	<p>Berufsberatung/Rehabilitationsberatung</p> <p><i>siehe Sozialdienst MP63</i></p>
36	<p>Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen</p> <p><i>Es besteht eine Zusammenarbeit mit der ILCO (Stomaträger) und der ADP (Pankreasoperierte)</i></p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
37	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>siehe Sozialdienst MP63</i>
38	Wärme- und Kälteanwendungen <i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i>
39	Wundmanagement <i>Wundexperten/-innen ICW, Wundteam</i>

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) <i>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.</i>
4	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>ehrenamtlicher Dienst der "Grünen Damen", zurzeit sind 10 Damen tätig.</i>
5	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>vegetarische Küche, täglich schweinefleischfreies Gericht</i>
6	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Es besteht eine Zusammenarbeit mit der ILCO (Stomaträger) und der ADP (Pankreasoperierte)</i>
7	Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>In Kooperation mit dem evangelisch-lutherischen Kirchenkreisverband Hamburg, Gemeinde Alsterdorf. Auf Wunsch kann auch ein Pfarrer der katholischen Kirche oder ein Rabbiner gerufen werden.</i>
8	Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Qualitätssicherungsbeauftragter der Pflege Pierre Bäkler, Qualitätssicherungsbeauftragter der Pflege und Sturzbeauftragter
Telefon:	040 511250 916
Fax:	040 51125 6001
E-Mail:	p.baekler@ik-h.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
2	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerichten Sanitäranlagen
3	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
4	Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
5	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Bettenverlängerung für Übergrößen vorhanden, Betten für stark übergewichtige Personen werden angemietet, alle Betten sind mehrfach elektrisch verstellbar</i>
6	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>in Kooperation</i>
7	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Toilettenstuhl, Körperwaage, Blutdruckmanschette vorhanden, Schwerlastbetten und Hilfsmittel in Kooperation</i>
8	Diätetische Angebote <i>In Absprache mit dem Ernährungsteam.</i>
9	Dolmetscherdienst <i>durch Mitarbeiter im Haus (afghanisch, arabisch, dänisch, französisch, griechisch, italienisch, niederländisch, norwegisch, polnisch, russisch, schwedisch, spanisch, tagalog/filipino, türkisch) und durch externe Dolmetscherdienste möglich</i>
10	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>siehe BF25</i>
11	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>auch in der Endoskopie und Sonographie</i>
12	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
13	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
14	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Patientenbetten, Patientenlifter, weitere Hilfsmittel können ggf. über einen externen Anbieter angefordert werden</i>
15	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
16	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung <i>Raum der Stille</i>

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) <i>PJ-Plätze je Tertial Anästhesiologie: 1 / Chirurgie: 6 / Innere Medizin: 8</i>
3	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
4	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>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</i>
5	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
6	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher <i>Publikationslisten zum Download: https://www.ik-h.de/ueber-uns/forschung-lehre/publikationslisten-zum-download-wissenschaftliche-auszeichnungen/</i>
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) <i>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</i>
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN

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

Anzahl Betten: 147

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	9001
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	3687

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	60,11	60,11	0,00	0,00	60,11
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	36,13	36,13	0,00	0,00	36,13
Belegärztinnen und Belegärzte	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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	170,42 10,37	154,78 10,37	15,64 0,00	0,00 0,00	170,42 10,37

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,07 0,00	1,07 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,07 0,00
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,75 0,00	1,75 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,75 0,00
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,76 3,26	5,76 3,26	0,00 0,00	0,00 0,00	5,76 3,26
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (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
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0				
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,38 0,00	3,38 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	3,38 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,73 0,00	5,73 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	5,73 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.
Diätassistentin und Diätassistent	2,88	2,88	0,00	0,16	2,72
Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguist und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	6,46	6,46	0,00	0,00	6,46
Musiktherapeutin und Musiktherapeut	0,25	0,00	0,25	0,00	0,25
Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	2,65	0,65	2,00	0,00	2,65

Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1,55	1,55	0,00	0,00	1,55
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	1,52	1,52	0,00	0,00	1,52
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 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums 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:

quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen, VA Patientenidentifikation Endoskopie, Workflow Sichere Patientenidentifikation in der Aufnahme, VA Patientenidentität OP/ Anästhesie Letzte Aktualisierung: 27.01.2020</i>
2	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Notfalldokumente (Checklisten, Formulare) Letzte Aktualisierung: 01.04.2019</i>
3	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 01.09.2019</i>
4	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
5	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Reparaturformular Medizintechnik Letzte Aktualisierung: 01.01.2018</i>
6	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
7	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitfaden:Empfehlung zur SchmerztherapieAutor: PD Dr. M. Freitag; Dr. J-H Stork Letzte Aktualisierung: 01.01.2015</i>
8	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP postoperative Überwachung auf den Normalstationen Letzte Aktualisierung: 25.09.2019</i>

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
9	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH Letzte Aktualisierung: 01.01.2019</i>
10	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH Letzte Aktualisierung: 01.01.2019</i>
11	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
12	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe (basierend auf dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe) Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
13	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH Letzte Aktualisierung: 01.01.2019</i>
14	Mitarbeiterbefragungen
15	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
16	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Sturzprophylaxe (basierend auf dem Expertenstandard Sturzprophylaxe) Letzte Aktualisierung: 29.09.2019</i>
17	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Sozial und EntlassmanagementSOP Entlassungsmanagement in der Pflege Letzte Aktualisierung: 12.01.2019</i>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input type="checkbox"/>	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: monatlich</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 13.10.2019</i>

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; Fehlermeldefomulare; 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)
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
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	3 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	2 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	12 ⁴⁾

¹⁾ Seit 2007 Beratung durch externen Krankenhaustygieniker 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 (Liegedauer) 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 Wundaufgabe	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):	34,87
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	117

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 Besiedlung 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) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: Gründungs-Mitglied des Hamburger Netzwerk "Multiresistente Erreger"</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten <i>Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: http://www.hkgev.de/hygiene.html</i>
5	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
	<i>Mindestens 1 x jährliche Teilnahme an einer Hygienefortbildung ist Teil der Fortbildungspflichtenmatrix des Israelitischen Krankenhauses</i>

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. <i>Beschwerdebeauftragte, Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden, zertifizierteskundenorientiertes Beschwerdemanagement (HIFB)</i>	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). <i>Halbjährliche und jährliche Auswertung.</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. <i>Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement</i>	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. <i>Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement</i>	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. <i>24 Stunden</i>	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>http://www.ik-h.de/patienten-service/beschwerdemanagement-lob-kritik.html Beschwerdebeauftragte (freigestellt mit Aufgabenbeschreibung)</i>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Verbraucher Zentrale Hamburg;</i>	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>http://www.ik-h.de/fileadmin/mediapool/pdf/Beschwerdeanzeige_2014.pdf Formular und Internet</i>	Ja
9	Patientenbefragungen <i>http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de/patientenzufriedenheit/ Patientenbefragung im Hamburger Krankenhausspiegel Liegen von den Krankenkassen vor.</i>	Ja
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:	Jochen Dr. Sunken;, Verbraucherzentrale Hamburg Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz
Telefon:	040 24832 132
Fax:	040 24832 2132
E-Mail:	jochen.sunken@vzhh.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

Arzneimitteltherapiesicherheit ist uns eine wichtige Aufgabe, über deren Komplexität 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), das 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:	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	0

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
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:

<input checked="" type="checkbox"/>	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
<input type="checkbox"/>	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: wöchentlich fach-pharmazeutische Visiten

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input checked="" type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
<input checked="" type="checkbox"/>	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
<input type="checkbox"/>	Andere

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
	<i>Videokamera in der Größe einer Antibiotikatablette, die 2 Aufnahmen pro Sekunde an einen Recorder sendet, der später ausgewertet wird.</i>		
2	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
	<i>24-h-Verfügbarkeit in radiologischer Praxis auf dem Klinikgelände (mehr als 6000 ambulante und stationäre Untersuchungen in der Praxis)</i>		
3	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
	<i>Radiofrequenzablation bei bösartigen Tumoren (Metastasen) in der Leber und in den Gallenwegen UND Argonplasmakoagulation im Verdauungstrakt (letzteres 24 Std. verfügbar)</i>		
4	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
5	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
	<i>Neurologische Praxis auf dem Klinikgelände in Kooperation</i>		

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

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe vereinbart: Ja Nein

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Nein

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] 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 der Chefärztin/des Chefarztes:

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 <i>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.</i>
2	Spezialsprechstunde <i>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)</i>
3	Metall-/Fremdkörperentfernungen <i>Entfernung von verschluckten Fremdkörpern aus dem Verdauungstrakt</i>
4	Minimalinvasive endoskopische Operationen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

vgl. VI35; pro Jahr erfolgen mehr als 2800 endoskopische Operationen im Bereich der Verdauungstraktes einschließlich Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse

5	<p>Arteriographie</p> <p><i>Die radiologische Darstellung von Gefäßen erfolgt in der Röntgenpraxis auf dem Klinikgelände durch dreidimensionale Darstellungen aus computertomographischen und kernspintomographischen Aufnahmen.</i></p>
6	<p>Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems</p> <p><i>In der Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems besteht eine enge Kooperation mit einer Neurologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände.</i></p>
7	<p>Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen</p> <p><i>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.</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)</p> <p><i>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</i></p>
9	<p>Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz</p> <p><i>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.</i></p>
10	<p>Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis</p> <p><i>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.</i></p>
11	<p>Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>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.</i></p>
12	<p>Duplexsonographie</p> <p><i>Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon über 400 unter Einsatz der Duplexsonographie.</i></p>
13	<p>Computertomographie (CT), Spezialverfahren</p> <p><i>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.</i></p>
14	<p>Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen</p> <p><i>An Störungen der Blutgerinnung ist zu denken bei wiederholten Blutgerinnungen (Beinvenenthrombose, Lungenembolie) ohne äußere Ursache. Sie können relevant sein bei Interventionen, z.B. der Abtragung eines Polypen. Komplexe Gerinnungsanalysen erfolgen durch ein externes Labor.</i></p>
15	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs</p> <p><i>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)</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
16	<p>Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen</p> <p><i>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.</i></p>
17	<p>Psychoonkologie</p> <p><i>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).</i></p>
18	<p>Phlebographie</p> <p><i>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.</i></p>
19	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas</p> <p><i>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</i></p>
20	<p>Wundheilungsstörungen</p> <p><i>Die qualifizierte Versorgung erfolgt durch das Wundteam der Pflege in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik.</i></p>
21	<p>Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen</p> <p><i>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.</i></p>
22	<p>Computertomographie (CT), nativ</p> <p><i>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).</i></p>
23	<p>Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen</p> <p><i>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.</i></p>
24	<p>Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut</p> <p><i>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.</i></p>
25	<p>Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten</p> <p><i>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.</i></p>
26	<p>Schrittmachereingriffe</p> <p><i>Eine Behandlung durch Einsetzen eines Schrittmachers erfolgt überwiegend in Zusammenarbeit mit einer großen kardiologischen Praxis, die auf dem Klinikgelände einen Linksherzkathetermessplatz betreibt.</i></p>
27	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Lungenfunktionsprüfungen dienen der Lenkung der Behandlung von chronischen Atemwegkrankungen. Vor großen Eingriffen können Risiken erkannt und behandelt werden. Es besteht eine Kooperation mit einer Lungenfachpraxis, die Atemwegspiegelungen in der Endoskopie des Krankenhauses durchführt.</i>
28	<p>Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten</p> <p><i>Invasive Diagnostik (Koronarangiographie) und Therapie (Ballonkatheterdilatation und Stent-Versorgung) erfolgen in Kooperation mit einer Kardiologischen Facharztpraxis (Linksherzkathetermessplatz auf dem Klinikgelände.</i></p>
29	<p>Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</p> <p><i>Neben den klassischen hormonellen Erkrankungen der Schilddrüse werden Diabetes mellitus und endokrin aktive Tumorerkrankungen von Bauchspeicheldrüse, Darm und Leber behandelt.</i></p>
30	<p>Neurologische Notfall- und Intensivmedizin</p> <p><i>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.</i></p>
31	<p>Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>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).</i></p>
32	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren</p> <p><i>Verengungen an größeren Gefäßen können wir durch (Farb-)Doppler, CT und Kernspintomographie darstellen.</i></p>
33	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten</p> <p><i>Vgl. VR16. Erkrankungen der Lymphknoten können entzündlich (z.B. Tuberkulose) oder durch Tumoren verursacht sein: Metastasen von Karzinomen oder primäre Tumoren der Lymphozyten (Lymphome). Die Darstellung erfolgt durch Sonographie, CT und MRT. Bei Tumoren ist meist eine Chemotherapie notwendig.</i></p>
34	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura</p> <p><i>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</i></p>
35	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>Siehe VI40</i></p>
36	<p>Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>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).</i></p>
37	<p>Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren</p> <p><i>3-D-Rekonstruktionen, z.B. von Gefäßen und Diffusionsgewichtete Darstellungen, die Flüssigkeitsbewegungen abbilden (im Gehirn).</i></p>
38	<p>Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen</p> <p><i>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.</i></p>
39	<p>Magnetresonanztomographie (MRT), nativ</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>MRT werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, 8500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).</i>
40	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums</p> <p><i>Entzündliche oder durch einen Tumor hervorgerufene Erkrankung des Bauchfells diagnostizieren wir durch Punktion und Analyse von Bauchhöhle-Flüssigkeit oder durch eine Bauchhöhlenspiegelung (Chirurgische Klinik).</i></p>
41	<p>Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung</p> <p><i>Durch spezielle Analysen werden dreidimensionale Darstellungen der Verdauungsorgane anhand kernspintomographischer, computertomographischer und sonographischer Bilder möglich.</i></p>
42	<p>Knochendichtemessung (alle Verfahren)</p> <p><i>Knochendichtemessungen werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht.</i></p>
43	<p>Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</p> <p><i>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).</i></p>
44	<p>Quantitative Bestimmung von Parametern</p> <p><i>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</i></p>
45	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit</p> <p><i>Zu Durchblutungsstörungen des Herzens vgl. VI01, zu Herzrhythmusstörungen VI31. Die Echokardiographie ist ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel (ca. 1300 Untersuchungen pro Jahr). Eine Herzschwäche oder Rhythmusstörung kann durch regelmäßig eingenommene Medikamente behandelt werden.</i></p>
46	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
47	<p>Intraoperative Anwendung der Verfahren</p> <p><i>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.</i></p>
48	<p>Endoskopie</p> <p><i>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)</i></p>
49	<p>Intensivmedizin</p> <p><i>Auf der interdisziplinären Intensivstation können bis zu 12 Patienten gleichzeitig intensivmedizinisch betreut werden (einschließlich maschineller Beatmung). 2019 wurde hier 972 Patienten behandelt, davon 101 mit künstlicher Beatmung.</i></p>
50	<p>Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten</p> <p><i>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).</i></p>
51	<p>Elektrophysiologie</p> <p><i>Das auf dem Klinikgelände ansässige Team aus 4 Kardiologen führt neben Herzkatheteruntersuchungen auch elektrophysiologische Untersuchungen zur Diagnostik und Behandlung bei bestimmten Herzrhythmusstörungen durch.</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
52	<p>Palliativmedizin</p> <p><i>Wir fühlen uns für die Betreuung tumorkrankter Patienten auch jenseits heilender Therapien verantwortlich. Unser Team ermöglicht eine qualifizierte ärztliche, pflegerische, psychologische, physiotherapeutischen und musiktherapeutische Betreuung.</i></p>
53	<p>Physikalische Therapie</p> <p><i>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</i></p>
54	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>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.</i></p>
55	<p>Onkologische Tagesklinik</p> <p><i>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.</i></p>
56	<p>Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen</p> <p><i>Krankhafte Reaktionen des Körpers auf die Umwelt oder eigenes Gewebe (Autoimmunerkrankungen) äußern sich häufig an Darm, Bauchspeicheldrüse (Autoimmunpankreatitis) und Leber (Autoimmunhepatitis)</i></p>
57	<p>Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren</p> <p><i>Radiologische Untersuchungen von Speiseröhre und Magen-Darm-Trakt werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.</i></p>
58	<p>Dialyse</p> <p><i>kontinuierliche (=schonende) Blutwäsche (Hämodialyse) auf der Intensivstation</i></p>
59	<p>Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung</p> <p><i>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.</i></p>
60	<p>Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)</p> <p><i>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.</i></p>
61	<p>Diagnostik und Therapie von Allergien</p>
62	<p>Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes</p> <p><i>Einige chronische Erkrankungen, auf die die Medizinischen Klinik spezialisiert ist, treten bereits in der Kindheit auf (z. B. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa). Bei Heranwachsenden und Jugendlichen unterstützen wir die betreuenden Kinderärzte (z. B. durch diagnostische/endoskopische Leistungen).</i></p>
63	<p>Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes</p> <p><i>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).</i></p>
64	<p>Sonographie mit Kontrastmittel</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

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
	<i>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.</i>
66	Endosonographie
	<i>Mit ca. 1500 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</i>
67	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
68	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	<i>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.</i>
69	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
	<i>Es besteht eine enge Kooperation mit einer neurologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände mit Schwerpunkt bei der Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems.</i>
70	Eindimensionale Dopplersonographie
	<i>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.</i>
71	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
72	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	<i>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 (582 stationäre und ambulante Patienten im Jahr 2019)</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	5347
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K63.5 Polyp des Kolons	586
2	K63.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Darmes	206
3	K31.88 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums	169

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	K22.4	Dyskinesie des Ösophagus	136
5	K22.0	Achalasie der Kardia	120
6	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	96
7	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	93
8	K58.8	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Reizdarmsyndrom	81
9	K58.1	Reizdarmsyndrom, Diarrhoe-prädominant [RDS-D]	77
10	K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums	77
11	K22.2	Ösophagusverschluss	75
12	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	74
13	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	72
14	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	66
15	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	62
16	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	61
17	K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas	60
18	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	58
19	K30	Funktionelle Dyspepsie	57
20	K59.00	Obstipation bei Kolontransitstörung	57
21	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	55
22	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	50
23	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	44
24	K22.7	Barrett-Ösophagus	43
25	K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	43
26	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	42
27	K59.01	Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung	42
28	K29.6	Sonstige Gastritis	41
29	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	40
30	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	40

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	795
2	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	386
3	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	266
4	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	226
5	K58	Reizdarmsyndrom	213
6	K57	Divertikulose des Darmes	171
7	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	170
8	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	134
9	K51	Colitis ulcerosa	122
10	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	103

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	2016
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1823
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	1524
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1018
5	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	826
6	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	697
7	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	659
8	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	633
9	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	585
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	520
11	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	517
12	1-313	Ösophagusmanometrie	411
13	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	407

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	402
15	3-056	Endosonographie des Pankreas	398
16	1-316.11	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung	333
17	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	318
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	289
19	1-315	Anorektale Manometrie	288
20	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	266
21	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	263
22	3-137	Ösophagographie	231
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	221
24	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	173
25	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	166
26	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	161
27	1-319	Dickdarmmanometrie	159
28	8-121	Darmspülung	155
29	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	131
30	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	115

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	2016
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1954
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1796
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1412
5	5-469	Andere Operationen am Darm	1403
6	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	1245
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1018

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	865
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	738
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	520

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)
	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

2	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
	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

3	PROF. DR. LAYER
	VR02 - Native Sonographie
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
	<i>Ambulante Behandlung auf dem gesamten Gebiet der inneren Medizin mit besonderem Schwerpunkt bei den Erkrankungen der Verdauungsorgane</i>
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
	<i>Ermächtigung für Therapeutische Endoskopie, Endosonographie, diagnostische und therapeutische Untersuchungen an Gallenwegen und Bauchspeicheldrüsen (ERCP) auf Überweisung durch endoskopisch tätige Fachärzte</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	437
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	298
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
4	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
5	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
6	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
7	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	30,16	30,16	0,00	0,00	30,16	177,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	13,30	13,30	0,00	0,00	13,30	402,0

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-[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 Tumorthherapie
3	Palliativmedizin
4	Akupunktur
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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	73,73	67,74	5,99	0,00	73,73	72,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,07	1,07	0,00	0,00	1,07	4997,2
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,60	0,60	0,00	0,00	0,60	8911,7
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,62	4,62	0,00	0,00	4,62	1157,4

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 <i>16 Pflegekräfte verfügen über die Weiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege.</i>
2	Diplom <i>Pflegewirt/in</i>
3	Bachelor <i>1 Pflegekraft</i>
4	Leitung einer Station / eines Bereiches <i>Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert</i>
5	Master <i>1 Pflegekraft</i>

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
6	Hygienebeauftragte in der Pflege <i>6 weitergebildete Pflegekräfte</i>
7	Praxisanleitung <i>5 weitergebildete Pflegekräfte</i>
8	Casemanagement <i>1 Casemanagerin</i>

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

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

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 der Chefärztin/des Chefarztes:

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	<p>Magnetresonanztomographie (MRT), nativ</p> <p><i>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.</i></p>
2	<p>Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>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.</i></p>
3	<p>Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie</p> <p><i>Ca. 45 Leber- und 75 Bauchspeicheldrüsenoperationen sowie ca. 675 Gallenblasenentfernungen stellen einen weiteren Schwerpunkt unserer Arbeit dar.</i></p>
4	<p>Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen</p> <p><i>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.</i></p>
5	<p>Eindimensionale Dopplersonographie</p> <p><i>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.</i></p>
6	<p>Duplexsonographie</p> <p><i>Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon ca. 400 unter Einsatz der Duplexsonographie</i></p>
7	<p>Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>Konventionelle Röntgenaufnahmen werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren</p> <p><i>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.</i></p>
9	<p>Neurologische Notfall- und Intensivmedizin</p> <p><i>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.</i></p>
10	<p>Magen-Darm-Chirurgie</p> <p><i>Mit ca. 215 Refluxoperationen, ca. 215 kompletten oder Teilentfernungen des Magens 50 sowie über 570 Dickdarneingriffen im Jahr bei gut- und bösartigen Erkrankungen sind wir deutschlandweit eine der führenden Abteilungen. Viele dieser Operationen werden in minimal invasiver Methode durchgeführt.</i></p>
11	<p>Wundheilungsstörungen</p> <p><i>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.</i></p>
12	<p>Mammachirurgie</p> <p><i>Gutartige oder bösartige Tumoren der Brustdrüse können von uns meist brusterhaltend entfernt werden.</i></p>
13	<p>Endokrine Chirurgie</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>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.</i>
14	<p>Knochendichtemessung (alle Verfahren)</p> <p><i>Diese Untersuchung wird von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht.</i></p>
15	<p>Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen</p> <p><i>Zur Therapie von Krampfaderleiden werden in der Chirurgie stadiengerecht die erkrankten Venen entfernt. Dieser Eingriff ist gut verträglich und wird zumeist ambulant vorgenommen.</i></p>
16	<p>Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen</p> <p><i>Die Behandlung von Engen z.B. der Halsschlagader und der Nierenarterien, aber auch der Herzkranzgefäße erfolgt in Kooperation auf dem Klinikgelände.</i></p>
17	<p>Nierenchirurgie</p> <p><i>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.</i></p>
18	<p>Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung</p> <p><i>Durch Spezielle Analysen werden dreidimensionale Darstellungen der inneren Organe anhand kernspintomographischer und computertomographische aber auch sonographischer Bilder möglich.</i></p>
19	<p>Phlebographie</p> <p><i>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.</i></p>
20	<p>Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</p> <p><i>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 Tumorthherapie bieten wir eine umfassende Behandlung an.</i></p>
21	<p>Arteriographie</p> <p><i>Die radiologische Darstellung von Gefäßen erfolgt in der Röntgenpraxis auf dem Klinikgelände durch dreidimensionale Darstellungen aus computertomographischen und kernspintomographischen Aufnahmen.</i></p>
22	<p>Lymphographie</p> <p><i>Die Darstellung der Lymphbahnen am Bein/ den unteren Extremitäten wird in der radiologischen Praxis auf unserem Klinikgelände durchgeführt.</i></p>
23	<p>Tumorchirurgie</p> <p><i>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.</i></p>
24	<p>Portimplantation</p> <p><i>An zwei Tagen in der Woche werden in örtlicher Betäubung Portsysteme zur künstlichen intravenösen Ernährung oder Verabreichung von Chemotherapeutika eingesetzt. Der Eingriff wird ambulant durchgeführt (ca. 220 Eingriffe).</i></p>
25	<p>Inkontinenzchirurgie</p> <p><i>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.</i></p>
26	<p>Intraoperative Anwendung der Verfahren</p> <p><i>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.</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
27	<p>Thorakoskopische Eingriffe</p> <p><i>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.</i></p>
28	<p>Quantitative Bestimmung von Parametern</p>
29	<p>Behandlung von Dekubitalgeschwüren</p> <p><i>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.</i></p>
30	<p>Amputationschirurgie</p> <p><i>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.</i></p>
31	<p>Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie</p> <p><i>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.</i></p>
32	<p>Minimalinvasive laparoskopische Operationen</p> <p><i>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.</i></p>
33	<p>Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")</p> <p><i>Plexus-Sakralis-Stimulation bei Stuhl-Inkontinenz und -Entleerungsstörung; Magen-Schrittmacher bei Magenentleerungsstörung.</i></p>
34	<p>Chirurgische Intensivmedizin</p> <p><i>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.</i></p>
35	<p>Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><i>Über die Hälfte aller Eingriffe im Bauchraum werden in unserer Abteilung in der MIC Methode durchgeführt. Über 200 Darm- und ca.220 Refluxoperationen, ca. 675 Gallenblasenentfernungen, sowie ca. 830 Leistenbruchversorgungen im Jahr in MIC Technik sind Beispiele unseres Spektrums.</i></p>
36	<p>Spezialprechstunde</p> <p><i>Jeden Mittwoch bieten wir eine spezielle Sprechstunde für Proktologie (Erkrankungen des Darmausganges) und Inkontinenzbeschwerden an. Jeden Freitag erfolgt die Schilddrüsenprechstunde. Montags und Mittwochs findet zusätzlich eine spezielle Tumorsprechstunde insbesondere auch zur Zweitmeinung statt.</i></p>
37	<p>Sarkomchirurgie</p> <p><i>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.</i></p>
38	<p>Notfallmedizin</p> <p><i>Sämtliche Notfälle im Bauchraum können von uns versorgt werden. Durch die vorhandene Infrastruktur ist eine optimale und rasche Therapie jederzeit möglich.</i></p>
39	<p>Plastisch-rekonstruktive Eingriffe</p> <p><i>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.</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
40	<p>Interdisziplinäre Tumornachsorge</p> <p><i>In Zusammenarbeit mit unserer Medizinischen Abteilung, niedergelassen Onkologen und Strahlentherapeuten findet eine Tumornachsorge statt. Hierzu findet einmal die Woche unsere interdisziplinäre onkologische Konferenz statt.</i></p>
41	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)</p> <p><i>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.</i></p>
42	<p>Speiseröhrenchirurgie</p> <p><i>Die Therapie von gutartigen oder bösartigen Erkrankungen der Speiseröhre wird in der chirurgischen Klinik regelhaft vorgenommen (55 Speiseröhrenoperationen). Insbesondere ist die Entfernung der Speiseröhre bei Krebsleiden (40) in minimal invasiver und sehr schonende Methode zu nennen.</i></p>
43	<p>Computertomographie (CT), Spezialverfahren</p> <p><i>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.</i></p>
44	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs</p> <p><i>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.</i></p>
45	<p>Mediastinoskopie</p> <p><i>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.</i></p>
46	<p>Gynäkologische Chirurgie</p> <p><i>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.</i></p>
47	<p>Computertomographie (CT), nativ</p> <p><i>Computertomographien (CT) werden an einem modernen 64-Zeilen-Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (täglich 24 Stunden verfügbar).</i></p>
48	<p>Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Computertomographien (CT) mit Kontrastmittel an einem modernen 64-Zeilen-Gerät werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar).</i></p>
49	<p>Schrittmachereingriffe</p> <p><i>Das Einsetzen eines Schrittmachers erfolgt überwiegend in Zusammenarbeit mit einer großen kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände. Hier stehen auch Gefäß-/Herzkatheterplätze zur Verfügung.</i></p>
50	<p>Lungenchirurgie</p> <p><i>Wir führen die Entfernung (60) 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.</i></p>
51	<p>Dialyse</p> <p><i>Auf unserer interdisziplinären Intensivstation besteht jederzeit die Möglichkeit zur kontinuierlichen Hämodialyse.</i></p>
52	<p>Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung</p> <p><i>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.</i></p>
53	<p>Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>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.</i>
54	<p>Sonographie mit Kontrastmittel</p> <p><i>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.</i></p>
55	<p>Defibrillatoreingriffe</p> <p><i>Die Einstellung, Kontrolle und kurzfristige Ab- und Einschaltung der Defibrillatoren erfolgt durch die Spezialisten der kardiologischen Praxis auf unserem Klinikgelände.</i></p>
56	<p>Endosonographie</p> <p><i>Mit 1500 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.</i></p>
57	<p>Native Sonographie</p> <p><i>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.</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl:	3654
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	534
2	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	323
3	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	137
4	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	126
5	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	123
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	113
7	K60.3	Analfistel	97
8	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	95
9	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	92
10	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	87
11	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	74

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	61
13	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	51
14	K81.0	Akute Cholezystitis	49
15	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	46
16	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	41
17	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	35
18	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	34
19	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	29
20	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	27
21	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	27
22	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	27
23	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	26
24	K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase	25
25	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	25
26	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	24
27	K81.1	Chronische Cholezystitis	22
28	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	22
29	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	22
30	K61.0	Analabszess	21

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	765
2	K80	Cholelithiasis	478
3	K57	Divertikulose des Darmes	206
4	K43	Hernia ventralis	191
5	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	168
6	K44	Hernia diaphragmatica	136
7	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	133
8	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	114
9	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	113

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	K81	Cholezystitis	73

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932.44	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 200 cm ² bis unter 300 cm ²	799
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	742
3	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	602
4	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	585
5	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	464
6	8-839.x	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	436
7	3-138	Gastrographie	346
8	3-137	Ösophagographie	345
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	324
10	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	283
11	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	253
12	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	228
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	216
14	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	163
15	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	145
16	1-313	Ösophagusmanometrie	145
17	5-484.35	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose	141
18	5-536.46	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik	135
19	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	130

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-448.52	Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio: Laparoskopisch	114
21	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	108
22	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	105
23	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	100
24	5-406.x	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Sonstige	92
25	5-455.41	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	75
26	1-316.11	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung	75
27	3-058	Endosonographie des Rektums	72
28	5-538.41	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Laparoskopisch	71
29	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	69
30	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	69

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	1072
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	742
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	729
4	5-511	Cholezystektomie	653
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	596
6	8-839	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße	436
7	3-138	Gastrographie	346
8	3-137	Ösophagographie	345
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	324
10	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	302

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	INTERDISZIPLINÄRE 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
	<i>Niedergelassene Ärzte können 1x wöchentlich komplexe onkologische und viszeralmedizinische Fälle einem Expertenteam von Chirurgen, Internisten, Radiologen, Onkologen und Strahlentherapeuten vorstellen</i>
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
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC62 - Portimplantation
	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
	VC24 - Tumorchirurgie
	<i>Besprechung und Beratung von Patienten, die mit chirurgischen Krankheitsbildern von niedergelassenen Ärzten an uns überwiesen wurden. Nachbetreuung von operierten Patienten in besonderen Fällen</i>
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC00 -
	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin

4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	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
	<i>Behandlung aller viszeralchirurgische Notfälle</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	167
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	55
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	17
4	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	11
5	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	10
6	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	8
7	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	6
8	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
9	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
10	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	19,72	19,72	0,00	0,00	19,72	185,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	12,60	12,60	0,00	0,00	12,60	290,0

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-[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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	49,94	44,02	5,92	0,00	49,94	73,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,75	1,75	0,00	0,00	1,75	2088,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,90	0,90	0,00	0,00	0,90	4060,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,38	3,38	0,00	0,00	3,38	1081,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,11	1,11	0,00	0,00	1,11	3291,9

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 <i>1 Pflegewirt/in</i>
2	Bachelor <i>1 Pflegekraft</i>
3	Pflege im Operationsdienst <i>2 VK Fachweiterbildung Operationsdienst und 4 VK OTA</i>
4	Leitung einer Station / eines Bereiches <i>Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert</i>
5	Intensiv- und Anästhesiepflege <i>16 Pflegekräfte verfügen über die Weiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege.</i>
6	Master <i>1 Pflegekraft</i>
7	Hygienebeauftragte in der Pflege <i>4 weitergebildete Pflegekräfte</i>
8	Praxisanleitung <i>3 weitergebildete Pflegekräfte</i>
9	Casemanagement

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
	1 Casemanagerin

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement <i>Vier weitergebildete Pain Nurses</i>
2	Stomamanagement <i>Zwei weitergebildete Stomaexperten und eine externe Stomatherapeutin</i>
3	Dekubitusmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>
4	Sturzmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>
5	Palliative Care <i>Neun weitergebildete Mitarbeiter, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>
6	Wundmanagement <i>Sechs weitergebildete ICW Wundexperten, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>
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 der Chefärztin/des Chefarztes:

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 <i>siehe VI20</i>
2	Spezialsprechstunde <i>Prämedikationssprechstunde</i>
3	Anästhesiologie/Intensivmedizin <i>2019 wurden 3658 Narkosen durchgeführt. Alle gängigen Narkoseverfahren kamen zum Einsatz (Allgemein Regionalanästhesie, 39 Narkosen mit Doppellumentubus zur einseitigen Lungenbelüftung). Bei 413 Patienten wurde zur perioperativen Schmerztherapie ein Periduralkatheter gelegt.</i>
4	Intensivmedizin <i>2019 wurden 972 Patienten nach modernsten Standards (z.B. Beatmungs- und Ernährungstherapie) behandelt (101 Beatmungen bei 12 Beatmungsplätzen). Um die Behandlung zu verkürzen, führen wir ein multimodales Therapiekonzept mit differenzierter Schmerztherapie und früher Mobilisation durch.</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
5	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>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.</i></p>

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	FALLZAHL
1	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	719
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	459
3	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	426
4	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	333
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	247
6	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	197
7	8-900	Intravenöse Anästhesie	162
8	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	44
9	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	19
10	8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	12
11	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	10
12	5-311.0	Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie	10

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	9
14	8-980.21	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	7
15	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	5
16	8-980.31	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte	2
17	8-980.8	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 4601 bis 5520 Aufwandspunkte	2
18	8-980.40	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	1
19	8-980.51	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2485 bis 2760 Aufwandspunkte	1
20	8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	1

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	748
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	538
3	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	426
4	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	333
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	247
6	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	197
7	8-900	Intravenöse Anästhesie	162
8	5-311	Temporäre Tracheostomie	15

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	10,23	10,23	0,00	0,00	10,23	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	10,23	10,23	0,00	0,00	10,23	0,0
Belegärztinnen und Belegärzte	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 <i>Weiterbildungsbefugnis: PD Dr. Freitag 6 Monate Intensivmedizin, kumulativ mit Prof. Zornig 18 Monate chirurgischer Abschnitt und Notfallmedizin (Chirurgie Basis WB, 24 Monate, WBO 05)</i>

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin <i>spezielle Intensivmedizin</i>
2	Spezielle Schmerztherapie
3	Notfallmedizin
4	Palliativmedizin

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
5	<p>Infektiologie</p> <p><i>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.</i></p>
6	<p>Hämostaseologie</p> <p><i>Transfusionsbeauftragter Anästhesie</i></p>

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	36,38	32,65	3,73	0,00	36,38	0,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (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 <i>Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert.</i>
2	Intensiv- und Anästhesiepflege <i>16 VK weitergebildete Anästhesie- und Intensivfachkräfte</i>
3	Diplom <i>1 Pflegewirtin</i>
4	Master <i>1 Pflegekraft</i>
5	Bachelor <i>1 Pflegekraft</i>
6	Pflege im Operationsdienst <i>2 weitergebildete Pflegekräfte</i>
7	Hygienebeauftragte in der Pflege <i>2 weitergebildete Pflegekräfte</i>
8	Praxisanleitung <i>4 weitergebildete Praxisanleiter</i>
9	Casemanagement <i>1 Casemanagerin</i>

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Ernährungsmanagement
3	Stomamanagement <i>Zwei weitergebildete Stomaexperten und eine externe Stomatherapeutin</i>
4	Wundmanagement <i>Sechs weitergebildete ICW Wundexperten, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>
5	Dekubitusmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>
6	Sturzmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>
7	Palliative Care

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
	<i>Neun weitergebildete Mitarbeiter, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>
8	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
9	Qualitätsmanagement
10	Schmerzmanagement <i>Drei weitergebildete Pflegekräfte</i>
11	Entlassungsmanagement <i>Eine Casemanagerin</i>

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	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	17	100
2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	10	100
3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	7	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	4	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
7	Gynäkologische Operationen (15/1)	6	100
8	Dekubitusprophylaxe (DEK)	29	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
9	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	60	101,67

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	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 11,53 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32
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	Herzschritmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 190,66 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
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	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 17,26 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18
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	↻ 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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	87,54 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	88,63 % - 89,04 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	27
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	27
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	Akzeptable 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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	92,44 % - 99,75 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	95,37 % - 95,52 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	70
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	71
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	Herzschríttmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 18,43 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,74 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
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	↻ 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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	79,61 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	98,5 % - 98,68 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	15
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	79,61 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	96,67 % - 96,93 %
-------------------	-------------------

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	15
------------------------	----

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	15
-----------------	----

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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	15

10	Systeme 3. Wahl
Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	Herzschrïttmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,59 % - 1,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	15

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 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	
Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,86 % - 0,89 %
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

12	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	Ergebnis-ID	101801
	Leistungsbereich	Herzschrïttmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,60 %
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	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	↔ unverändert
13	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	
	Ergebnis-ID	101802
	Leistungsbereich	Herzschrïttmacher-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	81,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	56,14 % - 56,85 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17

14	Leitlinienkonforme Indikation
Ergebnis-ID	101803
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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	73,02 % - 98,95 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,37 % - 93,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	16
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	↻ unverändert
15	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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,85 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,09 % - 98,29 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	34
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
16 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	Herzschrtrittmacher-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,30 %
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10
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

17	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
	Ergebnis-ID	51404
	Leistungsbereich	Herzschrümmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4,34 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,75 % - 1,01 %
	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

18	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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,64 % - 1,06 %
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
19	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	Ergebnis-ID	121800
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,10 %
	Vertrauensbereich	0,82 % - 1,2 %
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
20	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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,91 % - 97,35 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
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
21	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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	89,35 % - 90,15 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7

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

22 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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 133,36 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,71 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
Grundgesamtheit	7
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

23	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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	62,26 % - 98,38 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	91,33 % - 91,94 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	11
	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
24	Akzeptable 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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	85,13 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,14 % - 96,41 %
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
25	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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 35,43 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7

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 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt

Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,76 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,89 %
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

27	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	Ergebnis-ID	131802
	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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,50 %
	Vertrauensbereich	0,77 % - 1,02 %
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
28	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	
	Ergebnis-ID	131803
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	57,74 % - 59,07 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
29	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	
	Ergebnis-ID	52321
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	86,68 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
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
30 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,80 %
Vertrauensbereich	0,21 % - 0,44 %

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
31 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	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,37 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,32 %
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 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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,37 % - 0,74 %
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

33	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	Ergebnis-ID	151800
	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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,90 %
	Vertrauensbereich	1,26 % - 1,8 %
	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
34	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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 75,00 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	88,06 % - 88,69 %
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
35	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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 20,00 %
	Vertrauensbereich	7,45 % - 8,27 %
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
36	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeerntfernung	
	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

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,00 %
	Vertrauensbereich	0,85 % - 1,04 %
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
37	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

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 285,46 %
-------------------	----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %

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	↔ unverändert
--	---------------

38	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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 6,15 % (90. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,71 % - 2,91 %
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
39	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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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
Vertrauensbereich	10,15 % - 12,6 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

40

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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,39 % - 14,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

41	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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
---------------------------------	--

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	1 % - 1,19 %
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
42	Beidseitige Ovariectomie 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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 45,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	18,95 % - 20,25 %
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

43	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	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	11
	Erwartete Ereignisse	17,94
	Grundgesamtheit	8969
	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	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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0 % - 0,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8969

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

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,53 % - 1,01 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8969

46	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	
	Ergebnis-ID	521801
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

47	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	
	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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	91,28 % - 99,71 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	60
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	61
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	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	91,14 % - 99,71 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,59 % - 98,68 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	59
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	60

49

Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (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

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,92 % - 97,62 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
50 Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	83,82 % - 97,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,17 % - 95,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	55
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	59

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 Frühmobilisation nach Aufnahme	
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	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,59 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	94,11 % - 94,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48
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	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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	87,25 % - 98,96 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,94 % - 96,13 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	51
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	53
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
53	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	
	Ergebnis-ID	2036
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	93 % - 100 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	98,51 % - 98,63 %
-------------------	-------------------

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	51
------------------------	----

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	51
-----------------	----

54

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, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	84,32 % - 97,42 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	57
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	61
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

55	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	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1 %

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
56 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	
Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,76 % - 13,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

- Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen 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 - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

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
Begründung:	
Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	71
Begründung:	

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:	51
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:	71
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	74
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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Intensivstation
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Intensivstation
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Intensivstation
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	95,89

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Intensivstation
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	94,25