

**Israelitisches Krankenhaus
Hamburg**

**Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Absatz 1 Nummer 3
SGB V**



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	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	24
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	25
B-[1] Medizinische Klinik	25
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	25
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	25
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	25
B-[1].1.3 Weitere Zugänge	26
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	26
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	26

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	32
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	32
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	32
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	34
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	34
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	35
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[1].7.2	Kompetenzprozeduren	37
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	37
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	40
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	40
B-[1].11	Personelle Ausstattung	40
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	40
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	40
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	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	42
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	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 oder der Chefarztin	44
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	44
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	44
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	44

B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	49
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	49
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	50
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	51
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	52
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	53
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	54
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	55
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	56
B-[2].11	Personelle Ausstattung	56
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	56
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	56
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	56
B-[2].11.2	Pflegepersonal	56
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	57
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	58
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	58
B-[3]	Anästhesiologie/Intensivmedizin	59
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	59
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	60
B-[3].1.3	Weitere Zugänge	60
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	60
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	60
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	61

B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	61
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	61
B-[3].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	61
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	61
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	62
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	63
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	63
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	63
B-[3].11	Personelle Ausstattung	63
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	63
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	63
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	63
B-[3].11.2	Pflegepersonal	64
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	65
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	65
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	65
C	Qualitätssicherung	66
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	66
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	100
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	101
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	101
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	101
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.101 2 SGB V	101

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 101
1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

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 **einzig anerkannte viszeralmmedizinische Zentrum der Stadt Hamburg**.

Medizinische Höchstleistungen verbinden wir mit einer fachlich und menschlich herausragenden pflegerischen Betreuung. Die Grundlage für unser Handeln ist die Philosophie unseres Stifters Salomon Heine: "Menschenliebe ist die Krone aller Tugenden". Das Israelitische Krankenhaus in Hamburg, das zweitälteste Krankenhaus der Stadt, ist seit nunmehr 175 Jahren offen für alle Patienten - unabhängig von Konfession, Nationalität oder Hautfarbe. Jährlich lassen sich hier etwa 8800 Patienten stationär sowie 6.500 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 Leistungsangeboten 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 2009 bis 2016 diagnostizierten Fällen von Darmkrebs liegt die relative 5-Jahres-Überlebensquote am IK bei 78 Prozent gegenüber 64 Prozent im Hamburger Durchschnitt. Beim Magenkrebs beträgt die relative 5-Jahres-Überlebensquote bei 46 Prozent gegenüber 34 Prozent im Hamburger Durchschnitt.

Bundesweit wurden bis Okt. 2014 über 800 000 Bewertungen bei der "Versichertenbefragung mit dem PEQ" von AOK, BARMER GEK, hkk und Weisse Liste ausgewertet. In allen Kategorien lag das IK weit über dem Durchschnitt. Im Hamburger Vergleich lag die Pflege auf Platz 1 und die Medizinische Klinik in allen 4 Kategorien auf Rang 1 ("Weiterempfehlung", "ärztliche Versorgung", "Pflegerische Betreuung", "Organisation und Service").

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 Patienten-sicherheit** mitzugeben. Seit 2017 führt unsere Apothekerin zusätzlich regelmäßige Arzneimittel-Visiten durch, um in der direkten Interaktion mit den Stationsärzten die Therapiesicherheit durch die pharmakologische Fachkompetenz weiter zu steigern.

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 Fachgesellschaften.

Medizinische Klinik

Die Medizinische Klinik verfügt über 68 Betten auf 4 Stationen und der interdisziplinären Intensivstation. Im Jahr 2014 wurden 5200 Patienten stationär und ca. 3200 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 Stoffwechselerkrankungen (Endokrinologie) sowie die umfassende Behandlung von Tumorerkrankungen (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 8500 Untersuchungen ist die Endoskopie eine wesentliche Säule in Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Verdauungstraktes. Die jährlich ca. 2700 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 62 Betten auf vier Stationen und der interdisziplinären Intensivstation. Pro Jahr werden über 3.600 Patienten stationär behandelt und ca. 4.500 Operationen durchgeführt. Es liegt eine Spezialisierung für Erkrankungen des Bauchraumes vor, wobei der Bauch schon mit der Speiseröhre anfängt. Außerdem gehören die Schilddrüse und auch die Lunge dazu.

Die häufigsten Operationen werden bei Leistenbrüchen (850 pro Jahr), Dickdarmerkrankungen (600), Gallensteinen (600), Sodbrennen (180), Schilddrüsen- (100) und Magenerkrankungen (100) sowie in der Proktologie (350) durchgeführt. Weitere Operationen wurden an Lunge (60), Speiseröhre (50), Leber (45), Bauchspeicheldrüse (90) und bei Weichteilsarkomen (40) durchgeführt. Mit diesen Zahlen sind wir im Vergleich mit anderen Hamburger Krankenhäusern oftmals führend.

Anästhesie und Intensivmedizin

Bei diagnostischen oder operativen Eingriffen, die in Narkose durchgeführt werden, betreuen erfahrene Fachärzte unsere Patienten. Sie sorgen für einen sicheren Schlaf bei der Vollnarkose (Allgemeinanästhesie) und völlige Schmerzfreiheit bestimmter Körperregionen während der Operation bei einer Teilnarkose (Regionalanästhesie).

Machen die Schwere der Erkrankung oder Vorerkrankungen eine intensive Nachbetreuung oder Therapie notwendig, so werden Patienten auf unserer Interdisziplinären Intensivstation (8 Betten) solange versorgt, bis sich ihr Gesundheitszustand wieder stabilisiert hat. Eine gute Schmerzbehandlung in der postoperativen Phase verbessert den Erfolg einer Operation deutlich. Wir bieten unseren Patienten daher nach größeren Operationen eine wirksame Schmerztherapie an. Bei uns werden hierfür hauptsächlich 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 2017 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 2,26 Stürzen pro 1000 Krankenhausbehandlungstage und einer vom BQS-Institut (Institut für Qualität und Patientensicherheit) ermittelten Rate von neu entstandenen Druckgeschwüren, die 2017 19% unter der zu erwartenden Rate lag. Zur Ermittlung der Rate werden bestimmte Risikofaktoren, wie z.B. Diabetes mellitus, Demenz, Beatmungsstunden, Unter- und Übergewicht und verschiedenste schwere Erkrankungen herangezogen, da die Entstehung eines Druckgeschwürs unter bestimmten Gegebenheiten nicht immer zu verhindern ist. Unsere Patienten dürfen somit darauf vertrauen, von exzellent ausgebildeten und hoch motivierten Mitarbeitern gepflegt zu werden.

Hygiene und Infektionsschutz

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

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. Peter Layer, Ärztlicher Direktor
Telefon:	040 51125 5001
Fax:	040 51125 5009
E-Mail:	med@ik-h.de
Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dr. Ulrich Rosien, Leitender Arzt in der Medizinischen 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 Homepage des Krankenhauses: <http://www.ik-h.de/>

Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht: <http://www.ik-h.de/>

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Kaufmännischer Direktor Marcus Jahn, Kaufmännischer Direktor

Telefon:	040 51125 6000
Fax:	040 51125 6001
E-Mail:	m.jahn@ik-h.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. Carsten Zornig, Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Direktor der Chirurgischen 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:

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>
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

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

Unser Schwerpunkt liegt auf den Kontinenzstörungen des Darmes, Kooperation mit einem externen Dienstleister bei der Nachversorgung in der Inkontinenzversorgung

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/Arbeitstherapie
	<i>in Kooperation</i>
20	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
	<i>siehe Sozialdienst MP63</i>
21	Physikalische Therapie/Bädertherapie
	<i>in Kooperation mit physiotherapeutischer Praxis, kinesiologisches Taping</i>
22	Musiktherapie
	<i>Musiktherapie (durch einen externen Spezialisten) ist fester Bestandteil unseres Behandlungsangebotes an Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (Palliativmedizin)</i>
23	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
	<i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i>
24	Manuelle Lymphdrainage
	<i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i>
25	Medizinische Fußpflege
	<i>in Kooperation</i>
26	Massage
	<i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i>
27	Eigenblutspende
	<i>Eigenblutspende ist möglich vor größeren Operationen, die zeitlich geplant werden können, nicht jedoch bei bösartigen Erkrankungen</i>
28	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
	<i>Kooperationspartnerin mit Praxis im Israelitisches Krankenhaus</i>
29	Akupunktur
	<i>Akupunktur wird vorwiegend eingesetzt im Rahmen der qualifizierten Schmerztherapie</i>
30	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
	<i>Angehörigenberatung, externe Kooperation mit der Angehörigenschule</i>
31	Aromapflege/-therapie
	<i>Eine Mitarbeiterin verfügt über eine Weiterbildung in Aromatherapie.</i>
32	Atemgymnastik/-therapie

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

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

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
2	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
3	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
5	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
6	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin <i>Kann bei Bedarf hinzugezogen werden.</i>
7	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>
8	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>in Kooperation</i>
9	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>
10	Diätetische Angebote <i>In Absprache mit dem Ernährungsteam.</i>
11	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>
12	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>siehe BF25</i>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
13	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>auch in der Endoskopie und Sonographie</i>
14	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
15	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
16	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Patientenbetten, Patientenlifter, weitere Hilfsmittel können ggf. über einen externen Anbieter angefordert werden</i>
17	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
18	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden <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	<p>Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)</p> <p><i>Die Ausbildung findet in Kooperation mit der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Hamburg gGmbH statt. Die Ausbildungsdauer beträgt 3 Jahre. http://www.pflegeschule-hamburg.de/forum/ota/index.html</i></p>
2	<p>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin</p> <p><i>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. http://www.pflegeschule-hamburg.de/ausbildung/index.html</i></p>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 138

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	8784
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	3205

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	56,88	56,88	0,00	0,00	56,88
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	32,55	32,55	0,00	0,00	32,55
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0				
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Abkürzungen:

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

A-11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	160,92 8,53	147,73 8,53	13,19 0,00	0,00 0,00	160,92 8,53
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,89 0,00	0,89 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,89 0,00
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,25 1,00	1,25 1,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,25 1,00
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,78 0,00	1,78 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,78 0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,46 3,00	5,46 3,00	0,00 0,00	0,00 0,00	5,46 3,00
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00
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 Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,50 0,00	4,50 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	4,50 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,65 0,00	5,65 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	5,65 0,00

Abkürzungen:

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

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ergotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Abkürzungen:

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	2,48	2,48	0,00	0,00	2,48
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	6,59	6,59	0,00	6,59	0,00
Musiktherapeut und Musiktherapeutin	0,25	0,00	0,25	0,00	0,25
Oecotrophologe und Oecotrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)	0,26	0,26	0,00	0,00	0,26
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,65	1,65	1,00	0,00	2,65
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	1,30	0,80	0,50	0,00	1,30

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 Lenkungsremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und 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: 14.03.2017</i>
2	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Notfalldokumente (Checklisten, Formulare) Letzte Aktualisierung: 01.04.2017</i>
3	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 01.09.2016</i>
4	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
5	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Reparaturformular Medizintechnik Letzte Aktualisierung: 01.01.2016</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: 25.09.2017</i>
9	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH Letzte Aktualisierung: 01.01.2016</i>
10	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH Letzte Aktualisierung: 01.01.2016</i>
11	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
12	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Umgang mit Medikamenten Letzte Aktualisierung: 01.06.2016</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
13	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)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.06.2016</i>
14	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.01.2016</i>
15	Mitarbeiterbefragungen
16	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
17	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Sturzprophylaxe (basierend auf dem Expertenstandard Sturzprophylaxe)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 29.09.2017</i>
18	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Sozial und EntlassmanagementSOP Entlassungsmanagement in der Pflege</i> <i>Letzte Aktualisierung: 12.01.2016</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 einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren 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>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 13.10.2016</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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

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

¹⁾ Seit 2007 Beratung durch externen Krankenhaushygieniker und eine Infektiologen mit 24-Std. Erreichbarkeit

²⁾ Ein Arzt/Ärztin pro Fachabteilung

³⁾ Vertretungsregelung durch externe Hygienefachkraft

⁴⁾ Die Hygienebeauftragten sind organisiert in regelmäßig tagenden Hygienezirkeln

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

	OPTION	AUSWAHL
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja

	OPTION	AUSWAHL
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):	32
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	95

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

	OPTION	AUSWAHL
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>
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>Mindesten 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

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Bewerdeauswertung). <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. http://www.ik-h.de/patienten-service/beschwerdemanagement-lob-kritik.html <i>Beschwerdebeauftragte (freigestellt mit Aufgabenbeschreibung)</i>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Verbraucher Zentrale Hamburg; Herr Kranich</i>	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden http://www.ik-h.de/fileadmin/mediapool/pdf/Beschwerdeanzeige_2014.pdf <i>Formular und Internet</i>	Ja
9	Patientenbefragungen http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de/patientenzufriedenheit/ <i>Patientenbefragung im Hamburger Krankenhausspiegel Liegen von den Krankenkassen vor.</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen <i>3 Jähriger Tonus Einweiserbefragungen</i>	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

A-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>		
6	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
	<i>auf dem Klinikgelände in Kooperation</i>		
7	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
	<i>Auf unserer interdisziplinären Intensivstation besteht jederzeit die Möglichkeit zur kontinuierlichen Hämodialyse.</i>		
8	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
	<i>Radiofrequenzablation bei bösartigen Tumoren (Metastasen) in der Leber und in den Gallenwegen</i>		

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
9	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
<i>24-h-Verfügbarkeit in der radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände (mehr als 6500 Untersuchungen an ambulanten und stationären Patienten in der Praxis)</i>			
10	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
<i>Angiographien sind sowohl in der radiologischen als auch kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände verfügbar</i>			
11	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Nein
<i>Linksherzkatheterlabor in der kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände</i>			

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 oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Prof. Dr. Peter Layer, Ärztlicher Direktor und Direktor der Medizinischen Klinik
Telefon:	040 51 125 5001
Fax:	040 51 125 5009
E-Mail:	med@ik-h.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Orchideenstieg 14
PLZ/Ort:	22297 Hamburg
URL:	https://www.ik-h.de/leistungsspektrum/medizinische-klinik/

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	<p>Interventionelle Radiologie</p> <p><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></p>
2	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><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></p>
3	<p>Metall-/Fremdkörperentfernungen</p> <p><i>Entfernung von verschluckten Fremdkörpern aus dem Verdauungstrakt</i></p>
4	<p>Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><i>vgl. VI35; pro Jahr erfolgen mehr als 2700 endoskopische Operationen im Bereich der Verdauungstraktes einschließlich Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse</i></p>
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>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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 64-Zeilen-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 Blutgerinnseln (Beinvenenthrombose, Lungenembolie) ohne äußere Ursache. Sie können relevant sein bei Interventionen, z.B. der Abtragung eines Polypen. Komplexe Gerinnungsanalysen erfolgen durch ein externes Labor.</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>
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>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<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>
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> <p><i>Lungenfunktionsprüfungen dienen der Lenkung der Behandlung von chronischen Atemwegenerkrankungen. 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></p>
28	<p>Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Invasive Diagnostik (Koronarangiographie) und Therapie (Ballonkatheterdilatation und Stent-Versorgung) erfolgen in Kooperation mit einer Kardiologischen Facharztpraxis (Linksherzkathetermessplatz auf dem Klinikgelände mit über 900 Untersuchungen mit 200 Interventionen pro Jahr).

29	<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. Neben der konservativen Therapie ist in Zusammenarbeit mit der kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände eine Ballondilatation möglich (über 100 Untersuchungen in 2016 in der Praxis).</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> <p><i>MRT werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, 8500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).</i></p>
40	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Entzündliche oder durch einen Tumor hervorgerufene Erkrankung des Bauchfells diagnostizieren wir durch Punktion und Analyse von Bauchhöhle-Flüssigkeit oder durch eine Bauchhöhlenspiegelung (Chirurgische Klinik).

41 Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

Durch spezielle Analysen werden dreidimensionale Darstellungen der Verdauungsorgane anhand kernspintomographischer, computertomographischer und sonographischer Bilder möglich.

42 Knochendichtemessung (alle Verfahren)

Knochendichtemessungen werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht.

43 Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Ein besonderer Schwerpunkt besteht bei Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Wir kooperieren intensiv mit einem onkologischen und strahlentherapeutischen MVZ (u.a. gemeinsamen Tumorkonferenzen) und mit einem Institut zur Individualisierung der Tumorthherapie (Indivumed/ Indivutest).

44 Quantitative Bestimmung von Parametern

Ultraschall, Computertomographie und Kernspintomographie ermöglichen zahlreiche Bestimmungen: Gewebedichte, Gewebedurchblutung, Gewebedurchlässigkeit für Flüssigkeiten, Gefäßdurchblutung (Volumen und Geschwindigkeit). Bei gleicher Aussage nutzen wir das Verfahren der geringeren Belastung

45 Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

Zu Durchblutungsstörungen des Herzens vgl. VI01, zu Herzrhythmusstörungen VI31. Die Echokardiographie ist ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel (ca. 1300 Untersuchungen pro Jahr). Eine Herzschwäche oder Rhythmusstörung kann durch regelmäßig eingenommene Medikamente behandelt werden.

46 Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

47 Intraoperative Anwendung der Verfahren

Intraoperativ wenden wir Ultraschall an, um spezielle Läsionen vor einer Therapie darzustellen: z.B. Thermoablation von Metastasen in der Leber oder Drainage von Abszessen oder Gallenwegen.

48 Endoskopie

8400 Untersuchungen/Jahr. Besondere Diagnostik: Kapsel- und Dünndarmendoskopie, Endosonographie, Chromoendoskopie. Besondere Therapien: Entfernung von Frühkarzinomen (EMR, ESD), Nekroseausräumung bei Pankreatitis, perkutane Interventionen an den Gallenwegen. Endoskopische Therapie bei Achalasie

49 Intensivmedizin

Auf der interdisziplinären Intensivstation können bis zu 12 Patienten gleichzeitig intensivmedizinisch betreut werden (einschließlich maschineller Beatmung). 2017 wurde hier 991 Patienten behandelt, davon 74 mit künstlicher Beatmung.

50 Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

Erkrankungen der hirnversorgenden Gefäße begünstigen z.B. einen Gehirnschlag. Durch Farbdoppler, CT und MRT können wir diese Gefäße untersuchen. In ausgewählten Situationen ist eine Gefäß-Dehnung möglich durch das Ärzte-Team der kardiologischen Praxis (auf dem Gelände).

51 Elektrophysiologie

Das auf dem Klinikgelände ansässige Team aus 4 Kardiologen führt neben Herzkatheteruntersuchungen auch elektrophysiologische Untersuchungen zur Diagnostik und Behandlung bei bestimmten Herzrhythmusstörungen durch.

52 Palliativmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

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.

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: Dehnungen von Engstellen, Einlegen von Stents, die Darm oder Gallenwege offen halten. Die meisten diese Verfahren sind endoskopisch, einige erfolgen 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

Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Die Medizinische Klinik verfügt über 4 Ultraschallgeräte mit Farbdoppler, kontrastverstärkte Sonographie und Fusionsdarstellung von Sonographie und Computertomographie in einem Gerät.

66 Endosonographie

Mit ca. 1000 Endosonographien pro Jahr (Ultraschall 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.

67 Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems

68 Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

24-h-Blutdruckmessung, Belastungsuntersuchungen und Echokardiographie sind diagnostischer Standard bei Hochdruckkrankheit. Wenn weitere Erkrankungen vorliegen (Diabetes, Niereninsuffizienz), kann eine stationäre Einstellung des Blutdrucks durch Medikamente notwendig sein.

69 Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems

Es besteht eine enge Kooperation mit einer neurologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände mit Schwerpunkt bei der Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems.

70 Eindimensionale Dopplersonographie

Die eindimensionale Dopplersonographie kann benutzt werden, um nach Engstellen in Arterien zu suchen. Häufiger setzen wir aber die farbkodierte Dopplersonographie ein, die ein Bild des Gefäßes und des Blutflusses ermöglicht.

71 Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

72 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Das Israelitische Krankenhaus verfügt über langjährige Erfahrung in der Behandlung von Morbus Cohn und Colitis ulzerosa mit enger Zusammenarbeit seiner gastroenterologischen, viszeralchirurgischen und proktologischen Spezialisten (606 stationäre und ambulante Patienten im Jahr 2017)

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	5184
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K63.5	Polyp des Kolons	369
2	K59.0	Obstipation	175
3	K31.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums	170
4	K63.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Darmes	154
5	K22.4	Dyskinesie des Ösophagus	129
6	K58.9	Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe	120
7	K22.0	Achalasie der Kardia	110
8	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	82
9	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	77
10	K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums	76
11	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	71
12	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	69
13	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	67
14	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	62
15	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	61
16	K22.2	Ösophagusverschluss	56
17	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	55
18	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	54
19	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	50
20	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	50
21	K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas	48
22	K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes	47
23	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	47
24	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	45
25	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	45
26	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	44
27	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	44

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	43
29	K58.0	Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe	42
30	I20.0	Instabile Angina pectoris	42

B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	529
2	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	327
3	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	276
4	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	211
5	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	203
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	172
7	K58	Reizdarmsyndrom	162
8	K57	Divertikulose des Darmes	145
9	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	130
10	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	123

B-[1].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K63.5	Polyp des Kolons	369
2	K31.8	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	182
3	K59.0	Obstipation	175
4	K63.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Darmes	154
5	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	131
6	K22.4	Dyskinesie des Ösophagus	129
7	K58.9	Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe	120
8	K22.0	Achalasie der Kardia	110
9	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	82

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums	76
11	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	71
12	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	69
13	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	67
14	K80.5	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis	67
15	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	62
16	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	61
17	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	58
18	K22.2	Ösophagusverschluss	56
19	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	55
20	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	54
21	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	50
22	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	50
23	K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas	48
24	K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes	47
25	D12.0	Gutartige Neubildung: Zäkum	45
26	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	45
27	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	44
28	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	43
29	K58.0	Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe	42
30	I20.0	Instabile Angina pectoris	42

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1897
2	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	1624
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	1584
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	962
5	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	838
6	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	632
7	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	631
8	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	594
9	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	587
10	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	586
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	496
12	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	446
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	381
14	3-056	Endosonographie des Pankreas	366
15	1-313	Ösophagusmanometrie	366
16	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	351
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	300
18	1-316.11	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung	262
19	3-055	Endosonographie der Gallenwege	247
20	3-137	Ösophagographie	223
21	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	222
22	1-315	Anorektale Manometrie	221
23	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	196

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	8-121	Darmspülung	177
25	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	136
26	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	128
27	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	120
28	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	116
29	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	115
30	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	107

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2014
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	1791
3	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	1624
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1493
5	5-469	Andere Operationen am Darm	1315
6	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	1218
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	962
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	875
9	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	499
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	496

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	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
	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
	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

4	KASSENÄRZTLICHE ERMÄCHTIGUNG DR. ROSIEN
	<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	384
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	245
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	110

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	27,69	27,69	0,00	0,00	27,69	187,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	11,36	11,36	0,00	0,00	11,36	456,3

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

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	70,23	65,78	4,45	0,00	70,23	73,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,25	0,25	0,00	0,00	0,25	20736,0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,10	1,10	0,00	0,00	1,10	4712,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0					0,0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,23	5,23	0,00	0,00	5,23	991,2

Abkürzungen:

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie <i>15 Pflegekräfte verfügen über die Weiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege.</i>
2	Diplom <i>Pflegewirt/in</i>
3	Bachelor <i>2 Pflegekräfte</i>
4	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten <i>Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert</i>
5	Master <i>1 Pflegekraft</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
8	Palliative Care

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
<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-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Ergotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	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-[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 oder der Chefärztin

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

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

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. 50 Leber- und 70 Bauchspeicheldrüsenoperationen sowie ca. 730 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. 200 Refluxoperationen, ca. 130 kompletten oder Teilentfernungen des Magens sowie über 620 Dickdarmeingriffen 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.200 Refluxoperationen, ca. 700 Gallenblasenentfernungen, sowie ca. 800 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 (50 Speiseröhrenoperationen). Insbesondere ist die Entfernung der Speiseröhre bei Krebsleiden (38) 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 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 1000 Endosonographien (Ultraschalluntersuchungen von Verdauungsorganen vom Darm aus, also z. B. der Bauchspeicheldrüse mit einem Ultraschallendoskop im Magen) ist das Krankenhaus ein ausgewiesenes Zentrum. Untersuchungen können auch ambulant auf fachärztliche Überweisung erfolgen.</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].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	3600
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	488
2	K80.20 Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	294
3	K80.10 Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	175
4	C20 Bösartige Neubildung des Rektums	140
5	K40.20 Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	126
6	K43.2 Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	123
7	K21.9 Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	115
8	K57.32 Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	103
9	K60.3 Analfistel	87

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	85
11	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	68
12	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	57
13	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	54
14	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	48
15	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	48
16	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	35
17	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	32
18	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	31
19	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	30
20	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	27
21	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	25
22	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	25
23	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	25
24	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	25
25	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	24
26	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	24
27	K81.0	Akute Cholezystitis	23
28	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	21
29	K51.0	Ulzeröse (chronische) Pankolitis	21
30	K43.90	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	21

B-[2].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	714
2	K80	Cholelithiasis	560
3	K57	Divertikulose des Darmes	207
4	K43	Hernia ventralis	178
5	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	163
6	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	159

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	140
8	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	101
9	K44	Hernia diaphragmatica	94
10	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	75

B-[2].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	545
2	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	294
3	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	176
4	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	144
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	140
6	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	134
7	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	123
8	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	115
9	K60.3	Analfistel	87
10	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	85
11	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	70
12	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	60
13	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	54
14	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	48
15	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	32
16	K40.3	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	32

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
17	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	31
18	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	30
19	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	25
20	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	25
21	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	25
22	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	25
23	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	24
24	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	24
25	K81.0	Akute Cholezystitis	23
26	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardial	21
27	K51.0	Ulzeröse (chronische) Pankolitis	21
28	K43.9	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	21
29	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	21
30	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	21

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	900
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	708
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	598
4	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	549
5	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	456
6	8-839.x	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	426
7	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	362
8	3-138	Gastrographie	331

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	3-137	Ösophagographie	308
10	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	301
11	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	244
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	243
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	218
14	1-313	Ösophagusmanometrie	183
15	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	179
16	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	173
17	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	140
18	5-536.46	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik	123
19	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	121
20	5-448.52	Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio: Laparoskopisch	118
21	5-484.35	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose	117
22	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	116
23	5-406.x	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Sonstige	106
24	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	98
25	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	91
26	3-058	Endosonographie des Rektums	91
27	5-455.41	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	83
28	1-316.10	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Ohne Langzeit-Impedanzmessung	79
29	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	70
30	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	64

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	938
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	708
3	5-511	Cholezystektomie	699
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	677
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	523
6	8-839	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße	426
7	5-469	Andere Operationen am Darm	372
8	5-572	Zystostomie	364
9	3-138	Gastrographie	331
10	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	329

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 Strahlenexperten 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

3	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
	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	165
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	49
3	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	11
4	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	4
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	4
6	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
7	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
8	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
10	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	< 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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	19,90	19,90	0,00	0,00	19,90	180,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	11,90	11,90	0,00	0,00	11,90	302,5

Abkürzungen:

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Proktologie
2	Spezielle Viszeralchirurgie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	48,81	42,02	6,79	0,00	48,81	73,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,78	1,78	0,00	0,00	1,78	2022,5
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,36	0,36	0,00	0,00	0,36	10000,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0					0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,50	4,50	0,00	0,00	4,50	800,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,42	0,42	0,00	0,00	0,42	8571,4

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Diplom <i>Pflegewirt/in</i>
2	Bachelor <i>2 Pflegekräfte</i>
3	Operationsdienst <i>1 VK Fachweiterbildung Operationsdienst und 4 VK OTA</i>
4	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten <i>Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert</i>
5	Intensivpflege und Anästhesie <i>15 Pflegekräfte verfügen über die Weiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege.</i>
6	Master <i>1 Pflegekraft</i>

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement
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-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Ergotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	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] 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 oder der Cheförztn

Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. Marc Freitag, Chefarzt der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon:	040 51 125 0
Fax:	040 51 125 5201
E-Mail:	m.freitag@ik-h.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

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>2016 wurden 3477 Narkosen durchgeführt. Alle gängigen Narkoseverfahren kamen zum Einsatz (Allgemein Regionalanästhesie, 46 Narkosen mit Doppellumentubus zur einseitigen Lungenbelüftung). Bei 477 Patienten wurde zur perioperativen Schmerztherapie ein Periduralkatheter gelegt.</i>
4	Intensivmedizin <i>2017 wurden 991 Patienten nach modernsten Standards (z.B. Beatmungs- und Ernährungstherapie) behandelt (74 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	Schmerztherapie
	<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>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	815
2	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	812
3	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	443
4	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	358
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	221
6	8-900	Intravenöse Anästhesie	128
7	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	40
8	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	20
9	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	16

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	13
11	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	6
12	8-980.21	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	6
13	5-311.0	Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie	5
14	8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	3
15	8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	3
16	8-980.50	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2209 bis 2484 Aufwandspunkte	2
17	8-980.8	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 4601 bis 5520 Aufwandspunkte	1
18	8-980.41	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 Aufwandspunkte	1
19	8-980.60	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2761 bis 3680 Aufwandspunkte: 2761 bis 3220 Aufwandspunkte	1
20	8-980.40	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	1
21	8-980.31	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 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	837
2	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	812
3	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	515
4	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	358
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	221

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	8-900	Intravenöse Anästhesie	128
7	5-311	Temporäre Tracheostomie	25

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,29	9,29	0,00	0,00	9,29	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,29	9,29	0,00	0,00	9,29	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

Abkürzungen:

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

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie <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

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	33,35	31,40	1,95	0,00	33,35	0,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,89	0,89	0,00	0,00	0,89	0,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0					0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0

Abkürzungen:

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten <i>Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert.</i>
2	Intensivpflege und Anästhesie <i>15 VK weitergebildete Anästhesie- und Intensivfachkräfte</i>
3	Diplom <i>Pflegewirtin</i>
4	Master <i>1 Pflegekraft</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 <i>Neun weitergebildete Mitarbeiter, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>
8	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
9	Qualitätsmanagement
10	Schmerzmanagement
11	Entlassungsmanagement

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Ergotherapeuten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	7	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
2	Karotis- Revaskularisation (10/2)	5	100
3	Gynäkologische Operationen (15/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
4	Mammachirurgie (18/ 1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
5	Dekubitusprophylaxe (DEK)	36	100
6	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	61	101,6

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

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	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,24 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	79,76 % - 99,26 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	24
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
4 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,33 % - 1,5 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags	
	Kennzahl-ID	54139
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	35,89 % - 91,78 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
	Kennzahl-ID	54140
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte	
	Kennzahl-ID	54141
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	96,27 % - 96,54 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
8	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte	
	Kennzahl-ID	54142
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 35,43 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich Nicht definiert

Vertrauensbereich 0,17 % - 0,24 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 7

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

9 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte

Kennzahl-ID 54143

Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,58 % - 1,77 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
10	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	
	Kennzahl-ID	603
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,78 % - 99,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

11

Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden

Kennzahl-ID	604
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,71 % - 99,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
12 Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	11704
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,29 %

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

14	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	
	Kennzahl-ID	51437
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,03 % - 98,9 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden	
	Kennzahl-ID	51443
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,16 % - 99,77 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16

Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	51865
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 41,88 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,2 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17	Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	51873
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,89 % - 1,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
18	Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes
Kennzahl-ID	52240
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,19 % - 10,38 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	87,34 % - 87,98 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
20	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 20,00 %
	Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	
	Kennzahl-ID	12874
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</p>

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,00 %
Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüsselochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
----	---

Kennzahl-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,18
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
23	Blasenkatheter länger als 24 Stunden
Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,67 % - 2,87 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren
Kennzahl-ID	52535
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	15,45 % - 24,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium	
	Kennzahl-ID	2163
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,02 % - 0,16 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage	
	Kennzahl-ID	51370
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5 % - 5,36 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
27	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	51846
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,04 % - 97,28 %

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

28	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten
----	--

Kennzahl-ID	51847
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,83 % - 96,25 %

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

29	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund
----	---

Kennzahl-ID	52268
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	12,89 % - 13,41 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
30	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)	
	Kennzahl-ID	52279
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,99 % - 96,47 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
31 Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)	
Kennzahl-ID	52330
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	99,1 % - 99,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8664
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	2005
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	94,17 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	62
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34 Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,98 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	60
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	60
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
	Kennzahl-ID	2007
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
	Kennzahl-ID	2009
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	90,39 % - 99,68 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	55
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37 Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	84,21 % - 98,68 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	42
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38 Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,31 % - 99,64 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	49
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39 Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	91,41 % - 99,71 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	61
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	62

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresultaten 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	0,52 % - 2,24 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,4
Grundgesamtheit	62
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

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

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

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

trifft nicht zu/entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu/ entfällt

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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR)	AUSNAHMETATBEST
1	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	34	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	73	

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

Trifft nicht zu/ entfällt

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

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

- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:

22

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